

**SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA U
MEĐUNARODNOM PRAVU**

**THE WORLD HEALTH ORGANIZATION IN
INTERNATIONAL LAW**

Sažetak

Ovaj se članak kritički osvrće na regulatorni pristup Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) kontroli zaraznih bolesti na međunarodnom nivou. Prije svega, fokus je stavljen na Međunarodne zdravstvene regulative (IHR) s tačke gledišta zemalja u razvoju, ali i globalno. Iako IHR predstavlja najvažniji pravni instrument koji je dosad usvojila Svjetska zdravstvena organizacija, meta je oštih kritika, između ostalog, zbog svog ograničenog opsega primjene i činjenice da se zdravstvene mjere koje IHR propisuje zasnivaju na prevaziđenom razumijevanju nacionalnog suvereniteta. Stoga ovaj članak kao svoj zadatak postavlja procjenu jesu li i koliko Međunarodne zdravstvene regulative, kako ih je još 2004. godine predstavila WHO, u stanju odgovoriti na izazove kako novih tako i iznova pojavljujućih patogena, uzročnika bolesti, u globalizirajućem svijetu današnjice. Autor zaključuje da se, bez obzira na dugogodišnje isključivanje međunarodnog prava, politika Svjetske zdravstvene organizacije polako usmjerava prema regulatornom pristupu globalnom javnom zdravstvu. Iako Međunarodnim zdravstvenim regulativama nedostaju proceduralni detalji u brojnim oblastima, one ipak predstavljaju centralni pravni instrument u transnacionalnom zdravstvenom režimu. Regulirano javno zdravstvo je moguće jedino unutar globalnog normativnog okvira, što podrazumijeva saradnju između država, osnivanje odgovarajućih međuvladinih organizacija i podržavanje njihovog rada, te aktivno uključivanje nedržavnih aktera u problematiku. Svjetska zdravstvena organizacija sa svojim Međunarodnim zdravstvenim regulativama svakako ima značajnu, istaknutu i vodeću ulogu u međunarodnom zdravstvenom pravu, što pokazuje svojim angažmanom tokom globalne pandemije COVID-19 koja je zahvatila čitav svijet današnjice.

Ključne riječi: Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), Međunarodne zdravstvene regulative (IHR), međunarodno zdravstveno pravo, međunarodna ljudska prava, transnacionalno pravo, globalizacija

Summary

This article represents a critical review of the WHO's (World Health Organization) approach to control of infectious diseases on the international level. It puts focus primarily on the IHR (International Health Regulations) from the standpoint of developing countries, but also globally. Although IHR represent the most important legal instrument that the WHO has adopted until now, they have been heavily criticized—among other things—for their limited scope of application and the fact that the health measures which they lay down are founded on an out-dated understanding of national sovereignty. Therefore, this article sets as its task to evaluate whether the IHR, as proposed by the WHO in 2004, are able to meet the challenges of both new and resurgent pathogens in the globalizing world of today. The author concludes that, notwithstanding its long neglect of international law, the WHO's policy is gradually shifting towards a regulatory approach to global public health. Though the revised IHR lack procedural details in various areas, they still represent the central legal instrument in the transnational health regime. Regulated public health system is possible only within a global normative framework, which implies cooperation between states, establishing corresponding inter-governmental organizations and supporting their work, along with assigning an active role to the non-governmental actors. The World Health Organization with their International Health Regulations certainly have an important, prominent and leading role in international health law, which has been shown in their engagement during the global pandemic of COVID-19 which has affected the whole world now.

Keywords: *World Health Organization (WHO), International Health Regulations (IHR), International Health Law, international human rights, Transnational Law, globalization*

Uvod

Opće je poznato, a danas i pandemijom potvrđeno, da patogeni ne poznaju granice u ovom dobu globalizacije. Kao što se može vidjeti kroz primjere epidemije ptičije i svinjske gripe, H1N1, SARS-a, od 1990-ih godina naovamo, međunarodna trgovina i međudržavna putovanja povećavaju mogućnost prenosa uzročnika bolesti i širenja zaraze na čitave oblasti. Ali, uprkos porastu broja slučajeva zaraženih osoba, učestalijoj pojavi novih zaraznih oboljenja i infekcija, te sve izraženijoj globalnoj prirodi širenja bolesti, zakonodavstvo međunarodnog zdravstvenog prava (prije svega WHO) ne predlaže nikakve nove pravne instrumente kao rješenje ovih pitanja i IHR ostaju statične (Forrest, 2000).¹ Sve veća međuovisnost

¹ Michelle Forrest, *Using the Power of the World Health Organization: The International Health Regulations and the Future of International Health Law*, str. 159

globalizirane svjetske ekonomije ukazuje na prijeku potrebu da se državni pristupi javnom zdravlju ujedine u prevazilaženju kompleksnog raspona modernih zdravstvenih izazova (Taylor, 1999)². Međutim, proces globalizacije također otkriva nemogućnost zemalja u razvoju da se adekvatno izbore sa zdravstvenim izazovima bez odgovarajuće zdravstvene infrastrukture. Aginam (2003) primjećuje kako već ionako tešku situaciju u kojoj se zemlje u razvoju nalaze pogoršava „zdravstvena podjela sjever – jug“ koja sprečava efikasno upravljanje pitanjima globalnog zdravstva.³ Kao što vidimo, uticaj globalizacije na politiku javnog zdravlja je značajan, te je stoga od velike važnosti ispitati djelotvornost međunarodnog zdravstvenog prava. Negativne posljedice koje globalizacija ima na javno zdravstvo, naročito u zemljama u razvoju, potvrđuju potrebu da WHO preduzme aktivniju ulogu.

Ovaj rad istražuje regulatorni pristup Svjetske zdravstvene organizacije izazovima oboljenja i drugim globalnim zdravstvenim rizicima, kritički se osvrćući na njene Međunarodne zdravstvene regulative u odnosu na transnacionalni pravni poredak u modernom svijetu. Istraživanje se bavi negativnim uticajem globalizacije na politiku javnog zdravlja u zemljama u razvoju u cilju procjene potencijalne efikasnosti međunarodnog zdravstvenog prava, predlažući kako se regulatorne strategije WHO-a trebaju dotaći „globalnog zdravstvenog režima“ u nastajanju da bi se omogućila nepristrasna dostupnost i primjena poboljšanih zdravstvenih standarda u čitavom svijetu. Imajući na umu posebne potrebe zemalja u razvoju, autor članka želi ukazati na potrebu za jednim koherentnim konceptualnim okvirom globalne zdravstvene strategije WHO-a zasnovane na međunarodnom pravu.

Transnacionalizam i međunarodno zdravstveno pravo

Trenutni okvir međunarodnog zdravstvenog prava nije u stanju ispuniti potrebe i zahtjeve građana zemalja u razvoju koje kontinuirano imaju posljedice zbog neadekvatne infrastrukture zdravstvenog sistema, višedecenijskog siromaštva koje povećava zdravstvene rizike, te zbog stalne prijetnje kako novih tako i ponovo pojavljujućih patogena, uzročnika zaraznih bolesti. U dobu globalizacije države se više ne smatraju jednim determinirajućim nositeljima identiteta, lojalnosti i solidarnosti, pa taj novi

² Allyn Lise Taylor, (1999), *Globalization and Biotechnology: UNESCO and an International Strategy to Advance Human Rights and Public Health*, str. 489–490.

³ Obijiofor Aginam, *The Nineteenth Century Colonial Fingerprints on Public Health Diplomacy: A Postcolonial View*, str. 11.

pogled, zajedno s rastućom institucionalizacijom i regionalizacijom, osnažuje argumente koji govore u prilog uspostavljanja jednog transnacionalnog zdravstvenog režima zasnovanog na određivanju i primjeni globalnih zdravstvenih standarda i zdravlju kao globalnom javnom dobru. Temelj takvog režima bi ležao u koordiniranoj interakciji između tradicionalnih subjekata međunarodnog prava, kao što su države i međunarodne organizacije, te novih nedržavnih aktera, kao što su nevladine organizacije i transnacionalne korporacije.

Neophodan je i povećan stepen saradnje međunarodnih organizacija čiji se mandat odnosi na zdravstvo kako bi se povećala efikasnost usvajanja i primjene relevantnih pravnih instrumenata. Istaknuta karakteristika tog transnacionalnog režima osmišljenog da se bavi zdravstvenim pitanjima od globalnog značaja jeste značajnija uloga velikog broja nevladinih organizacija i fondacija u borbi protiv oboljenja i korijenskih uzroka oboljenja – kao što su siromaštvo i nizak stepen općeg razvoja.⁴ Značaj jednog takvog zdravstvenog režima je taktički prepoznao i Izvršni odbor WHO-a te pozvao nevladine organizacije koje su oficijelno povezane s WHO-om, relevantne međuvladine organizacije, predstavnike država koje nisu članice UN-a i organizacija sistema UN-a da budu posmatrači u međuvladinoj radnoj grupi koja je revidirala nacrt Međunarodnih zdravstvenih regulativa (IHR).⁵

Regulatorna strategija WHO-a i njena operativna efektivnost nalaze punu podršku u tom međunarodnom režimu koji predstavlja skup implicitnih i eksplicitnih pravila, normi, propisa te procedura za donošenje odluka u skladu s kojima zdravstveni akteri uspostavljaju međunarodne odnose, a za ulogu ima povećanje efikasnosti u primjeni međunarodnog zdravstvenog prava (Krasner, 1982).⁶ Stalni rad na regulatornim politikama WHO-a zasniva se na novim naučnim saznanjima o oboljenjima i drugim zdravstvenim rizicima, a režim koji se njima uspostavlja predstavlja konstruktivnu projekciju zdravstvenih interesa svih država, naročito ukoliko

⁴ Vidjeti, naprimjer, ulogu Međunarodnog komiteta za polio plus, organizacije Rotary International, u borbi protiv dječije paralize (članak „Le Rotary doit trouver 210 millions de dollars“, *Le Monde*, 30. oktobar 2003, posebno izdanje, p vi) i izvještaj koji govori o potpisivanju ugovora između Fondacije Bill Clinton i četiri farmaceutske laboratorije u svrhu odobrenja snabdijevanja lijekom za AIDS po sniženim cijenama (članak „La Fondation Bill Clinton fait baisser le prix des thérapies antisida“, *Le Monde*, 25. oktobar 2003).

⁵ Rezolucija Izvršnog odbora SZO-a, Revizija Međunarodnih zdravstvenih regulativa, 24. januar 2003.

⁶ Stephen D. Krasner, *Structural Causes and Regime Consequences: Regimes as Intervening Variables*, str. 203–204.

planirani regulatorni pristup WHO-a i bolja koordinacija među transnacionalnim akterima uspiju kanalisati posebne potrebe zemalja u razvoju u održivi proces donošenja odluka.⁷

Regulatorni pristup Svjetske zdravstvene organizacije pitanjima globalnog zdravstva

WHO praktično nije napravila nikakav ozbiljniji pokušaj da sastavi ili progresivno razvije sporazume koji se odnose na globalna zdravstvena pitanja sve do 2003. godine, kada je usvojen njen prvi sporazum, Okvirna konvencija WHO-a o nadzoru nad duhanom. Zbog takve politike, koja se ogledala u oklijevanju da se osloni na svoju moć donošenja i propisivanja prava a i na retoriku ljudskih prava (naročito prava na zdravlje) – posebno u usporedbi s drugim UN-ovim agencijama, kao što su Međunarodna organizacija rada (MOR) i Organizacija ujedinjenih nacija za obrazovanje, nauku i kulturu (UNESCO) – sama WHO je postala metom velikih kritika, prije svega, zapadnih kritičara (Taylor, 1992).⁸

Kao što se može uočiti, WHO je u svojoj ulozi globalnog nadgledanja zdravlja zauzela pravac djelovanja koji se ne služi regulatornim i sredstvima prisile već dobrovoljnim pristankom, dogovorima i instrumentima mekog prava (*soft law*) kao što su smjernice, preporuke, principi i kodeksi prakse, tj. pravila postupanja.⁹ Međutim, ovo oslanjanje WHO-a na navodno neobavezujuće instrumente mekog prava zasjenjuje razliku između pravnih normativa i nekih drugih normi i principa, kao što su one društvene, kulturološke, moralne, profesionalne ili religijske. WHO ovakav pristup opravdava sugerirajući da i druge norme, a ne samo one pravne, mogu imati jednako snažan uticaj na saradnju i počinovanje država (Finnemore, 2000)¹⁰, te isticanjem pristupa u kojem se odražavaju određeni subjektivni elementi poput ideja, zamisli i prenose znanja velike većine uposlenika WHO-a, koji su svi stručnjaci iz oblasti medicine i nauke uopće. Međutim, ovaj nedostatak regulatornih inicijativa od WHO-a i konkretnih međunarodnih sporazuma na polju zdravstva znači da se bilo kakva analiza i ispitivanje međunarodnog

⁷ Yutaka Arai-Takahashi, *The World Health Organisation and the Challenges of Globalisation*, str. 4.

⁸ Allyn Lise Taylor, 1992., *Making the World Health Organisation Work: A Legal Framework for Universal Access to the Conditions for Health*, str. 303.

⁹ Mnogi instrumenti mekog prava koje je usvojila WHO su postali standardna praksa među liječnicima i u zdravstvu uopće (naprimjer, Međunarodni kongres marketinga zamjene za majčino mlijeko, Kodeks medicinske etike, te Prošireni program imunizacije).

¹⁰ Martha Finnemore, *Are Legal Norms Distinctive?*, str. 699.

zdravstvenog prava neizbježno ograničava samo na Međunarodne zdravstvene regulative (IHR). Stoga se u ovom dijelu istraživačkog rada moramo pozabaviti procjenom temeljnih koncepata i principa postojećih Međunarodnih zdravstvenih regulativa, koje se mogu posmatrati kao smjernice samouvjerenog regulatornog pristupa WHO-a zdravstvenim prijetnjama i rizicima u globalizirajućem svijetu. U tom smislu, potrebno je konsultirati IHR koje je 2005. godine usvojila WHO¹¹ i napraviti kritičku analizu adekvatnosti i djelotvornosti revidiranih IHR-a na međunarodnoj sceni, a posebice u zemljama u razvoju. Što se tiče globalnosti, IHR imaju 196 država potpisnica koje sarađuju s ciljem globalne zdravstvene sigurnosti i izgradnje kapaciteta za otkrivanje, procjenu rizika i ozbiljnosti, izvještavanje i reagiranje na hitne slučajeve na polju javnog zdravstva.¹²

Osim nadležstva da stavlja na snagu različite sporazume, WHO ima, u skladu sa svojim ustavom, autoritet da donosi propise i regulative na polju zdravstva.¹³ Nakon osnivanja Komiteta stručnjaka za međunarodnu epidemiologiju i karantenu (*Expert Committee on International Epidemiology and Quarantine*) s ulogom pravljenja nacrtu propisa i regulativa, SZO je u skladu sa svojim ustavom (tačka 21, stavke a i b) usvojila dvije regulative: *WHO Regulations No.1* o nomenklaturi bolesti i uzroka smrti (*Nomenclature Regulations*) i Međunarodni sanitarni pravilnik iz 1951, koji je zamijenio Međunarodne sanitarne konvencije,¹⁴ a koji se bavi oboljenjima za koje se propisuje karantena, kao što su kuga, kolera, žuta groznica, male boginje, te tifus koji prenose insekti. Nakon što je 1969. godine dopunjen, ovaj pravilnik dobija ime Međunarodne zdravstvene regulative (IHR).

Obje spomenute regulative koje je usvojila WHO su obvezujuće za sve države članice, a pokazuju nekoliko značajnih karakteristika. Prije svega, usvojene su na način bez mogućnosti odbijanja (*non-rejection*) te izuzete iz kompleksne procedure ratifikacije koja se inače traži za usvajanje nekog sporazuma, a može se aktivirati u slučaju potrebe za brzim reagiranjem na različita zdravstvena pitanja i situacije. Zatim, prema članu 22 Ustava WHO-a, regulative usvojene u skladu s članom 21 Ustava automatski stupaju na snagu u svakoj državi članici WHO-a, osim ako država članica u određenom

¹¹ Međunarodni zdravstveni propisi, prijevod na hrvatski jezik.

¹² *World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, str. 25

¹³ Član 21 Ustava WHO-a.

¹⁴ Prva od Međunarodnih sanitarnih konvencija iz 1892. godine odnosila se na međunarodno širenje kolere, nakon čega je uslijedio sporazum o mjerama protiv kuge iz 1897. Brojne međunarodne sanitarne konferencije, koje datiraju još od 1851. pa sve do kreiranja Ustava WHO-a 1946. godine, jasno oslikavaju različite prekretnice na polju medicine.

vremenskom roku ne izvijesti generalnog direktora WHO-a o svojoj namjeri da izrazi rezervu ili da odbija primijeniti konkretnu regulativu. Kao treće, pravila koja propisuju rezerve u pogledu određenog sporazuma određuju da i validnost rezerve u pogledu IHR-a i stupanje na snagu IHR-a u odnosu na državu koja je izrazila rezervu ovise o prihvaćanju date rezerve od Svjetske zdravstvene skupštine. Skupština može odbiti da ne prihvati rezervu neke države ukoliko ona bitno umanjuje značaj predmeta i svrhe IHR-a, a ukoliko Skupština prihvati rezervu neke države, IHR stupaju na snagu za državu koja je rezervu izjavila, pod uvjetima rezerve.¹⁵ Ovdje je značajno istaći da su Međunarodne zdravstvene regulative (IHR) zasnovane na prihvaćenoj činjenici da tradicionalni *ad hoc* pristup sporazumima nije odgovarajući za globalna zdravstvena pitanja modernog doba (Fidler, 1998).¹⁶

Mjere Svjetske zdravstvene organizacije

IHR u svakom pogledu predstavljaju najvažniji instrument zdravstvenog prava namijenjen globalnom nadgledanju prenošenja zaraznih bolesti preko međudržavnih granica i harmonizaciji zaštite javnog zdravlja bez uzrokovanja nepotrebnih zastoja u trgovini i putovanjima.¹⁷ Prije pandemije COVID-19 IHR su regulirale samo tri zarazne bolesti: kolera, kuga i žuta groznica. U tom pogledu, čitav jedan segment IHR-a¹⁸ bavi se mjerama koje mogu primijeniti državni autoriteti, kao što su vakcinacija i zdravstveni pregled putnika koji ulaze na teritorij određene države, te druge vrste profilakse. Što se tiče njihove nadležnosti, IHR postavljaju pravne obaveze državama članicama u tri glavne oblasti: 1) zahtjev za obavještanjem i pružanjem epidemioloških informacija, 2) zahtjevi koji se odnose na zdravstvena pitanja u tačkama ulaska, na aerodromima i drugim sličnim lokacijama i 3) zahtjev za nizom detaljnih pravnih dužnosti koje imaju države članice (nadležna tijela, mjere javnog zdravstva, sanitarne procedure i sl.). Obaveza obavještanja nalaže državama članicama da njihova nacionalna zdravstvena administracija mora prijaviti pojavu bolesti pod nadležstvom IHR-a na svojoj teritoriji u roku od 24 sata od pojave prvog slučaja bolesti, a u narednih 24 sata nacionalna zdravstvena administracija date države mora obavijestiti i WHO o svakom zaraženom području, te nastaviti dostavljati pravovremene, tačne i dovoljno detaljne javnozdravstvene informacije glede prijavljenog slučaja, kao i sve dodatne

¹⁵ Vidjeti Međunarodne zdravstvene regulative (IHR), članovi 61, 62 i 63.

¹⁶ David P. Fidler, *The Future of the World Health Organisation: What Role for International Law?*, str. 1087–1088.

¹⁷ Vidjeti Međunarodne zdravstvene regulative (IHR), član 2.

¹⁸ Dio V Međunarodnih zdravstvenih regulativa (IHR).

informacije koje WHO zatraži.¹⁹ Što se tiče zdravstvenih organizacija, IHR postavlja pravila i propise u pogledu sanitarnih uvjeta, zdravstvenog osoblja i uvjeta za izdavanje zdravstvenih potvrda.

Pristup IHR-a u kojem se fokus stavlja na kontrolu granica i na taj način sprečavanje širenja neke zarazne bolesti izvan područja date države već duže vrijeme dobija velike kritike da je prevaziđen (Taylor, 1997).²⁰ Kao što možemo posvjedočiti danas, a primijetio je to i Fidler još 1999. godine, linija koja dijeli nacionalno i internacionalno javno zdravlje se sve više gubi u vremenu kada rapidno širenje zaraznih bolesti, uvelike olakšano tehnološkim i razvojem sredstava transporta, otkriva nesposobnost suverenih država da zaštite zdravlje svojih građana.²¹ Projekat revizije IHR-a koji vodi WHO²² prepoznaje potrebu za stavljanjem u pogon jednog efikasnog globalnog nadzornog sistema koji bi – u koordinaciji s kapacitetima proaktivnog reagiranja, u okviru multilateralne mreže koju bi formirala WHO – bio od velike pomoći nacionalnim i regionalnim nadzornim sistemima u otkrivanju i sprečavanju širenja zaraznih bolesti, te u brzom reagiranju na hitna i vanredna pitanja javnog zdravlja na međunarodnom nivou. Takav novi sistem odražava zaokret WHO-a prema proaktivnim mehanizmima u odgovoru na izazove mobilnih patogena u globalizirajućem svijetu.

Što se tiče zdravstvenih mjera koje se mogu primijeniti na pojedince, prevozna sredstva i transport, robu, tovar, prtljag, te poštu, Taylor (1997) navodi tri opća principa: 1) bilo koje mjere koje propisuju IHR moraju predstavljati maksimalne mjere koje se primjenjuju, 2) bilo koja zdravstvena mjera se mora primijeniti odmah i u potpunosti, bez odlaganja i diskriminacije i 3) mora postojati slobodno kretanje osoba i prevoznih sredstava koje imaju zdravstvenu potvrdu (*pratique*).²³ Prvi princip je od temeljnog značaja za primarni cilj IHR-a da se kombinira maksimalna sigurnost i zaštita od međunarodnog širenja bolesti s minimalnim ometanjem svjetskog saobraćaja i trgovine, te stoga IHR od državnih zdravstvenih autoriteta traži da izdaju, bez naknade, svakom prevozniku potvrdu o bilo kakvim mjerama koje su na snazi i o razlozima primjene tih mjera. Drugi princip je prilično jasan i nije ga potrebno dublje analizirati niti tumačiti. U pogledu trećeg principa, važno je primijetiti da IHR garantira slobodno kretanje osoba pod nadzorom, kao i prevoznih sredstava koja imaju *pratique*.

¹⁹ Vidjeti Međunarodne zdravstvene regulative (IHR), član 6.

²⁰ Allyin Lise Taylor, 1997, *Controlling the Global Spread of Infectious Diseases: Toward a Reinforced Role for the International Health Regulations*, str. 1347.

²¹ David P. Fidler, *International Law and Global Public Health*, str. 9.

²² WHO, *IHR Revision Project: „Global Crises – Global Solutions“*.

²³ Allyin Lise Taylor, 1997, *Controlling the Global Spread of Infectious Diseases: Toward a Reinforced Role for the International Health Regulations*, str. 1344.

Restrikcije slobodnog kretanja ne mogu se, dakle, nametnuti za bolesti koje ne potpadaju pod jurisdikciju IHR-a, iako član 28 IHR-a u hitnim slučajevima dozvoljava izuzetak od ovog pravila. Također je zanimljiv podatak da čak i u pogledu bolesti pod nadležštvom IHR-a na svakoj od država je da odluči hoće li nametnuti ekstremna i pretjerana ograničenja trgovine i saobraćaja, koja bi rezultirala u značajnoj ekonomskoj šteti, naročito u zemljama u razvoju. Države to mogu učiniti bez formalnog registriranja rezerve i prolaska kroz proceduru odobrenja od Svjetske zdravstvene skupštine.

Okljevanje države da prijavi pojavu neke zarazne bolesti može se objasniti i razumjeti u svjetlu strahovanja da će nakon toga morati usvojiti neke restriktivne mjere koje bi nanijele značajnu štetu trgovini i turizmu. Pa ipak, ukoliko se takav slučaj ne prijavi WHO-u, to samo pogoršava ekonomske interese te države, jer budi sumnju drugih država i potiče određivanje pretjeranih mjera. Nije rijedak slučaj da se država odluči na zvanično obavještenje o izbijanju zaraze tek nakon što svjetski mediji objave vijest. Stoga se takav sistem gdje država sama vrši obavještanje svjetske zajednice bez ikakvih sankcija za oklijevanje ili zataškavanje uvelike kritikuje kao velika greška u međunarodnom sistemu nadgledanja koja sprečava WHO da zvanično obavijesti druge države o pojavi neke bolesti ili izbijanju epidemije (Taylor, 1997).²⁴

Revizija Međunarodnih zdravstvenih regulativa (IHR)

Svjetska zdravstvena skupština, koja predstavlja najviše tijelo za donošenje odluka WHO-a, zasjeda svake godine u Ženevi. Na ovim višednevnim sjednicama usvajaju se rezolucije o ključnim zdravstvenim pitanjima na osnovu kojih države članice poduzimaju različite akcije u vezi s tim pitanjima. WHO je vremenom usvojila i razvila jedan regulatorni pristup koji se zasniva i na „tvrdom“ i na „mekom“ pravu.

Imajući na umu promjene u međunarodnom okruženju i pojavu novih bolesti, uporedo s ponovnim izbijanjem ranijih bolesti, te zastarijevanje regulativa od kojih mnoge datiraju još iz 1969. godine i novih otkrića na polju javnog zdravlja, nauke i tehnologije, Svjetska zdravstvena skupština je 1995. godine usvojila rezoluciju kojom se od WHO-a traži da napravi reviziju IHR-a.²⁵ Sve od tada IHR se podvrgavaju procesu revizije s ciljem

²⁴ *Ibid.*, str. 1349.

²⁵ Naziv rezolucije SZO-a: WHA 48.7. *WHO, Revision of the International Health Regulations, Introduction.*

„razvijanja regulativa koje će biti primjenjive na epidemiologiju zaraznih bolesti i na međunarodni saobraćaj u XXI stoljeću.“²⁶ Revizija IHR-a predstavlja saradnički proces čija se suština ogleda u pronalasku nedostataka u postojećim regulativama i njihovoj transformaciji u efikasan instrument, što će omogućiti državama članicama WHO-a da osnaže globalni sistem nadgledanja bolesti i da reagiraju proaktivno na hitne slučajeve i vanredna stanja povezana s javnim zdravljem, a od međunarodnog značaja.²⁷

Projekat revizije IHR-a koji vodi WHO ističe pet osnovnih nedostataka postojećih zdravstvenih regulativa, od kojih je prvi taj da spisak zaraznih bolesti pod njihovom nadležnosti trenutno uključuje samo tri, što potpuno zanemaruje nove vrste epidemioloških izazova²⁸ i pozorno se očituje u trenutnoj svjetskoj epidemiološkoj situaciji. Drugi nedostatak se ogleda u međunarodnom sistemu obavještanja i dojava koji je krajnje neefikasan budući da se u potpunosti oslanja samo na inicijativu svake pojedine države. Treći se nedostatak odnosi na trenutačnu saradnju između WHO-a i države u kojoj se pojavi neka zarazna bolest, koji je uglavnom na *ad hoc* osnovama, bez ikakvih proceduralnih pravila i propisa. Četvrti nedostatak je to što države članice ne primaju efikasne poticaje da se povinuju IHR-u, niti je na snazi odgovarajući nadzorni sistem, dok je peti nedostatak iznimno značajan: postojeće IHR ne dozvoljavaju WHO-u da poduzme preventivne mjere i mjere reagiranja na određene zdravstvene rizike u slučaju izbijanja epidemije neke zarazne bolesti.²⁹

Veliki se naponi ulažu u unapređenje i razvijanje IHR-a kako bi se uklonili ovi i drugi nedostaci, te ih se učinilo potpuno adekvatnim i efikasnim pravnim instrumentom za rješavanje međunarodnih zdravstvenih pitanja.

Zaključak

Mnoge države, a naročito zemlje u razvoju, pokazuju otpor u obavještanju i saradnji SZO-a o izbijanju zaraze zbog straha od obeshrabrivanja stranih investicija i turista. Takvo ponašanje možemo opaziti, naprimjer, kada su kineske vlasti pokušale prikriti epidemiju AIDS-a, a i tokom epidemije

²⁶ *Weekly Epidemiological Record*, br. 30, 30. juli 1999, str. 252.

²⁷ *WHO, IHR Revision Project: „Global Crises – Global Solutions“*, str. 4.

²⁸ Bolesti kao što su HIV/AIDS, Virus zapadnog Nila (WNV), SARS, ptičija gripa, svinjska gripa, H1N1, te najnoviji virus, COVID-19.

²⁹ Yutaka Arai-Takahashi, *The World Health Organisation and the Challenges of Globalisation*, poglavlje 4.3.

SARS-a u Kini.³⁰ Ovakve pojave ukazuju na potrebu za boljom međunarodnom saradnjom i koordinacijom u pogledu pitanja globalnog zdravlja, te za uspostavljanjem mehanizama za nadgledanje, praćenje i počinovanje pravilima i propisima pod nadležtvom WHO-a. Čini se da većina država kao ekonomski isplativije rješenje bira pristup nepočinovanja zahtjevima IHR-a i općim preporukama WHO-a. Takav proračunat pristup koji u obzir uzima jedino usko definirane nacionalne interese ne može se dugo održati. Međunarodno zdravlje se mora početi shvatati kao globalno „javno dobro“ koje se smatra „pozitivnom sumom“ pri čemu poboljšanje zdravstvenih standarda jedne države podupire, a ne podriiva zdravstvene standarde drugih država (Chen, Evans i Cash, 1999).³¹

Iz ove se perspektive stoga mora napraviti analiza bilo kojeg pristupa diplomacije javnog zdravlja – koja može pravilno funkcionirati jedino u adekvatnom normativnom okviru – te „odrediti globalni zajednički imenitelj etičke prakse javnog zdravlja“ (Martin, 2004)³². Kao što se može vidjeti na primjeru epidemije SARS-a, ona je na kraju uspješno kontrolirana i spriječeno je njeno dalje širenje zahvaljujući saradnji između država, međuvladinih organizacija i nedržavnih aktera, što samo po sebi svjedoči o uspješnosti koncepta zdravlja kao globalnog javnog dobra. Začetak sveobuhvatnog normativnog okvira za pitanja globalnog zdravstva može se uočiti u WHO-ovom uspostavljanju adekvatnog pravnog sistema kroz Projekat revizije IHR-a i usvajanju prve konvencije (o kontroli duhanskih proizvoda). Takav jedan okvir mora da se implementira u unutrašnju politiku svih država kako bi se pokazao efikasnim u ostvarenju zdravstvenih ciljeva svake države. Koh (1997) smatra da ključ razumijevanja počinovanja naroda međunarodnom pravu leži u onome što on naziva „transnacionalnim pravnim procesom“ u kojem akteri i javnog i privatnog sektora (naime, narodi/države, korporacije, međunarodne organizacije, nevladine organizacije) uzajamno djeluju i saraduju na različitim nivoima kako bi napravili, interpretirali, ratificirali, te na kraju lokalno primijenili odredbe međunarodnog prava.³³ Ovaj proces internacionalizacije normativa će poduprijeti uspostavljanje djelotvornih međunarodnih nadzornih mehanizama koji osiguravaju

³⁰ Kineski glasnogovornici su odbijali priznati da se Kina suočava s velikim problemom epidemije AIDS-a sve do 2002. godine, a slično se dešavalo i s epidemijom SARS-a. Izvori: *The Guardian*, „Hidden from the World, a Village Dies of AIDS While China Refuses to Face a Growing Crisis“ (25. oktobar 2003) i „Scientists Focus on China as SARS Toll Rises“ (16. april 2003).

³¹ Chen, Evans i Cash, *Health as a Global Public Good*, str. 294.

³² Robyn Martin, *Public Health Ethics and SARS: Seeking an Ethical Framework to Global Public Health Practice*, str. 17.

³³ Harold Hongju Koh, *Why Do Nations Obey International Law?*, str. 2599.

poštivanje međunarodnog zdravstvenog prava i blisku saradnju različitih aktera povezanih s pitanjem zdravstva. Međunarodne zdravstvene regulative (IHR) zasnivaju se na pravilnom razumijevanju i primjeni spomenutog transnacionalnog pravnog procesa, što će osigurati veću efikasnost primjene međunarodnog zdravstvenog prava u reagiranju na prijetnje javnom zdravlju.

Činjenica da se danas kritički razmatraju ekonomska, društvena i kulturološka prava u kontekstu međunarodnih ljudskih prava može predstavljati rješenje primjenjivo i na nepoštivanje međunarodnog zdravstvenog prava. Osnivanje Revizijskog odbora WHO-a kao jednog nadzornog tijela može predstavljati suštinski potez koji približava poziciju međunarodnog zdravstvenog prava onoj međunarodnih ljudskih prava. Stoga će bliža saradnja i koordinacija među međunarodnim organizacijama i transnacionalnim akterima u implementaciji revidiranih IHR dati veću moć i uticaj WHO-u u rješavanju sporova i provođenju relevantnog prava i drugih pravnih instrumenata. Ovim će se zaokružiti proces internalizacije normativa (transnacionalni pravni proces) koji pomaže globalnoj misiji WHO-a u njenoj potrazi za poboljšanim i nepristrasnim zdravstvenim standardima za sve.

Literatura

1. Aginam, O. (2003) „The Nineteenth Century Colonial Fingerprints on Public Health Diplomacy: A Postcolonial View“, *Law, Social Justice & Global Development Journal*. Dostupno na: http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/lgd/2003_1/aginam/ [20. 6. 2020].
2. Arai-Takahashi, Y., (2004) „The World Health Organisation and the Challenges of Globalization: A Critical Analysis of the Proposed Revision to the International Health Regulations“, *Law, Social Justice & Global Development Journal (LGD)* 2004 (1).
3. Chen, L., Evans, T. i Cash, R. (1999) „Health as a Global Public Good“, u Kaul, I., Grunberg, I. i Stern, M. (eds) *Global Public Goods – International Cooperation in the 21st Century*. New York: UNDP/Oxford University Press.
4. Fidler, D. P. (1998) „The Future of the World Health Organisation: What Role for International Law?“, *Vanderbilt Journal of Transnational Law* 31.
5. Fidler, D. P. (1999) „International Law and Global Public Health“, *The University of Kansas Law Review* 48.
6. Finnemore, M. (2000) „Are Legal Norms Distinctive?“, *New York Journal of International Law and Politics*.
7. Forrest, M. (2000) „Using the Power of the World Health Organization: The International Health Regulations and the Future of International Health Law“, *Columbia Journal of Law and Social Problems*, 33(2), 153–180.

8. Koh, H. H. (1997) „Why Do Nations Obey International Law?“, *Yale Law Journal* 106.
9. Krasner, S. (1982) „Structural Causes and Regime Consequences: Regimes as Intervening Variables“, *International Organisation* 36.
10. Martin, R. (2004) „Public Health Ethics and SARS: Seeking an Ethical Framework to Global Public Health Practice“, *Law, Social Justice & Global Development Journal (LGD)*. Dostupno na: http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/lgd/2004_1/martin/ [23. 6. 2020].
11. Rezolucija Izvršnog odbora SZO-a, Revizija Međunarodnih zdravstvenih regulativa (*Resolution of the Executive Board of the WHO, Revision of the International Health Regulations*) EB111.R13 (2003), tačka 4(6). Dostupno na: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/eeb111r13.pdf [16. 6. 2020].
12. Svjetska zdravstvena organizacija (1998) Regionalni komitet, *Revision of the International Health Regulations*. SEA/RC51/11 Add.1 Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128941/sea_rc51_11%20add.1%20done.pdf?sequence=2 [20. 6. 2020].
13. Svjetska zdravstvena organizacija (2005) Međunarodni zdravstveni propisi. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/2013_10_9_93.html [17. 6. 2020].
14. Svjetska zdravstvena organizacija (2006) *Constitution*, Fourty-fifth edition, Supplement. Dostupno na: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [17. 6. 2020].
15. Taylor, A. L. (1992) „Making the World Health Organization Work: A Legal Framework for Universal Access to the Conditions for Health“, *American Journal of Law and Medicine* 18.
16. Taylor, A. L. (1997) „Controlling the Global Spread of Infectious Diseases: Toward a Reinforced Role for the International Health Regulations“, *Houston Law Review* 33.
17. Taylor, A. L. (1999) „Globalization and Biotechnology: UNESCO and an International Strategy to Advance Human Rights and Public Health“, *American Journal of Law and Medicine* 25.
18. *Weekly Epidemiological Record* br. 30 (1999). Dostupno na: <https://www.who.int/docstore/wer/pdf/1999/wer7430.pdf> [21. 6. 2020].
19. WHO, IHR Revision Project, *Global Crises – Global Solutions: Managing Public Health Emergencies of International Concern Through the Revised International Health Regulations*, WHO/CDS/CSR/GAR/2002.4. Dostupno na: <https://www.who.int/csr/resources/publications/ihr/whocdsgar20024.pdf> [18. 6. 2020].
20. World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. (2020) Geneva: World Health organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.