



Instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia

Zdrowie jest uznawane za jedną z podstawowych potrzeb i wartości, a w czasach współczesnych włączane jest nawet do katalogu praw człowieka. Działania na rzecz ochrony zdrowia i poprawy stanu zdrowotności społeczeństw są celem wielu instytucji międzynarodowych. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia stanowi, że „korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej, bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne lub społeczne”¹. Prawo to jednak, jak dowodzi praktyka, jest ciągle w sferze realizacji.

Współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia została wymuszona samą naturą chorób, które nie znają granic. Wydarzenia w jednym kraju wywoływały skutki zdrowotne za granicą. Początkowo w celu przeciwdziałania chorobom podejmowano działania jednostronne. Pierwszy udokumentowany przypadek stosowania kwarantanny jako środka przeciwdziałającego „wniesieniu” choroby z zewnątrz odnotowano w Wenecji w XIV wieku w czasie epidemii dżumy. Potrzeba trwałej współpracy pojawiła się wraz ze wzrostem wymiany międzynarodowej, która z jednej strony sprzyjała rozprzestrzenianiu się chorób, z drugiej wymagała dla swego rozwoju bezpiecznego otoczenia w postaci regulacji umożliwiających wolny handel. Poczynając od pierwszych zastosowań kwarantanny jako środka ochrony przed najgroźniejszymi w XIX wieku chorobami, cholerą i dżumą, a następnie również innymi chorobami epidemicznymi, współpraca międzynarodowa obejmowała coraz szerszy wachlarz zagadnień zdrowotnych. Zmieniały się koncepcje i ujęcia zdrowia, a także środki i metody leczenia. Wielki wpływ na tę ewolucję wywierał rozwój nauki i badań. Nowe odkrycia otwierały nowe możliwości współpracy, a czasem wręcz stymulowały powstawanie nowych instytucji.

¹ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, w: S. Hubert (red.), *Zbiór statutów i regulaminów organizacji międzynarodowych*, t. 2: *Organizacje wyspecjalizowane ONZ*, Polski Instytut Spraw Międzynarodowych, Warszawa 1966, s. 394.

Istotnym czynnikiem zmian był także proces rozszerzania się funkcji państwa jako instytucji dbającej o zdrowie publiczne². Jego początki sięgają pierwszej połowy XIX wieku, chociaż odrębna administracja zajmująca się zdrowiem publicznym powstawała dopiero na progu następnego stulecia³.

Konferencje sanitarne

Współpracę międzynarodową na rzecz ochrony zdrowia zapoczątkowały konferencje sanitarne⁴. Było ich 12. Pierwsza odbyła się w Paryżu w 1851 roku (23 czerwca 1851–19 stycznia 1852 rok). Została zwołana z inicjatywy Francji pod wpływem żywego jeszcze wspomnienia epidemii cholery, która 20 lat wcześniej ogarnęła Europę i pochłonęła 40 mln ludzi. Jej źródło znajdowało się w Kalkucie (1817), skąd została rozniesiona przez kupców i żeglarzy niemal po całym świecie. W 1830 roku dotarła do Rosji, gdzie zabiła co dwudziestego mieszkańca, w 1837 do Wielkiej Brytanii, gdzie zmarło 78 tys. osób. W Polsce zabiła co trzeciego Polaka. Rozprzestrzenianie się choroby było możliwe wskutek postępu technologicznego, który sprzyjał rozwojowi handlu międzynarodowego, a w konsekwencji szybkiemu rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Ponadto choroby te znajdowały korzystny grunt do rozwoju w przeludnionych i brudnych osiedlach, głównie w skupiskach miejskiej biedoty. Położenie i warunki sanitarne, w jakich żył nowo rodzący się proletariatus, stały się przedmiotem zainteresowania i badań prowadzonych najpierw przez osoby prywatne, a potem także przez państwa. W 1834 roku pojawił się słynny oficjalny raport Edwina Chadwicka pt. „General Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain”, który dał zastraszający obraz biedy, cierpienia i zepsucia, jakie rozprzestrzeniają się wśród biednej ludności miast. Oprócz niego inni badacze związani ze zdrowiem publicznym, tacy jak Rudolf Virchow i Adrien Proust, zwracali uwagę na rolę czynnika społecznego w kształtowaniu stanu zdrowia, co stało się także przedmiotem zainteresowania rodzących się partii robotniczych⁵. Pojawiła się praca pioniera statystyki zdrowotnej Williama Farra, która przedstawiała Anglię jako jedno z najbardziej zdrowych państw świata ze śmiertelnością 22 na 1000 żyjących, w porównaniu z Francją – 24, Prusami – 27, Rosją – 36. W tych okolicznościach, gdy rewolucja przemysłowa zarówno niosła pozytywne zmiany,

² Na temat genezy higieny publicznej i ogólniej historii zdrowia: G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności*, tłum. M. Szymańska, Volumen–Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa 1997, s. 181 i nast.

³ Szerzej: ibidem, s. 257–258.

⁴ Historia międzynarodowej współpracy w dziedzinie zdrowia została opracowana w publikacji przygotowanej przez WHO, która jest dostępna w Internecie: *The First Ten Years of the World Health Organization*, Geneva 1958; www.who.int/globalhealthhistories/who-history/eng/index.html (15 VI 2011).

⁵ C.W. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane problemy*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2007, s. 35.

jak i stwarzała okoliczności, w których „plenili się” brud i choroby, została zapoczątkowana współpraca międzynarodowa w dziedzinie zdrowia.

W pierwszej konferencji uczestniczyło 12 państw: Austria, Francja, Grecja, Państwo Kościelne, Portugalia, Rosja, Sardynia, Królestwo Obojga Sycylii, Hiszpania, Turcja, Toskania, Wielka Brytania. Jej celem było uzgodnienie środków służących zapobieganiu rozprzestrzeniania się cholery przez przyjęcie minimalnych wymogów kwarantanny morskiej. Przygotowano międzynarodową konwencję sanitarną z aneksem z przepisami sanitarnymi, obejmującą 137 artykułów. Została ona podpisana przez 24 przedstawicieli 12 krajów 19 grudnia 1851 roku, ale z braku ratyfikacji nie weszła w życie.

Istotne znaczenie dla wyznaczenia przyszłych celów współpracy w dziedzinie zdrowia miał pierwszy Generalny Kongres Statystyczny (Bruksela 1853), który zalecił przyjęcie międzynarodowego nazewnictwa chorób będących przyczynami śmierci (tzw. lista przyczyn śmierci).

Druga Konferencja Sanitarna odbyła się w 1859 roku w Paryżu. Trwała pięć miesięcy, ale nie przyniosła wymiernych skutków. W 1866 roku w Konstantynopolu na trzeciej konferencji, która trwała siedem miesięcy, udało się uzyskać pewien poziom porozumienia w sprawie natury cholery jako choroby endemicznej dla Indii, ale nie było jasności w sprawie sposobu (dróg) jej przenoszenia.

Czwarta konferencja, zwołana do Wiednia w 1874 roku, trwała miesiąc i zakończyła się między innymi propozycją utworzenia Stałej Międzynarodowej Komisji ds. Epidemii, której ideę zaproponował i lansował Adrien Proust, członek delegacji francuskiej. Za jej siedzibę wybrano Wiedeń. Miała się ona składać z oddelegowanych przez rządy lekarzy, zajmować się sprawami czysto naukowymi, a za jej główny cel uznano badanie etiologii i profilaktyki cholery na statkach i w portach.

Kolejna konferencja odbyła się w Waszyngtonie w 1881 roku, pierwsza z udziałem przedstawicieli Stanów Zjednoczonych i jedyna w tej serii konferencji na Półkuli Zachodniej. Jej głównym osiągnięciem było powołanie pierwszej powszechnej wielostronnej instytucji w dziedzinie zdrowia w postaci stałej Międzynarodowej Agencji Sanitarnej ds. Notyfikacji z dwoma biurami, jednym w Wiedniu, które miało się zajmować zbieraniem i rozpowszechnianiem informacji z Europy, Azji i Afryki, drugim w Hawanie, obejmującym swoim działaniem obie Ameryki. Budżet roczny agencji miał być ustalany przez rządy Austro-Węgier i Hiszpanii (Kuba należała do Hiszpanii), notyfikowany rządowi, które uczestniczyły w programie i współuczestniczyły w jego finansowaniu. Był to wyraz pilnej potrzeby istnienia międzynarodowego pełnego i pewnego systemu monitoringu sytuacji epidemicznej i wymiany informacji.

Kolejne konferencje odbyły się w 1885 roku (Rzym), w 1892 (Wenecja), w 1893 (Drezno), w 1894 (Paryż), w 1897 (Wenecja). Każda z nich przyjmowała konwencje o bardzo wąskim zakresie, dotyczące cholery lub dżumy. W sumie było ich cztery, z czego trzy pierwsze odnosiły się do cholery, a ostatnia – dżumy.

Ogólnie rzecz ujmując, w XIX wieku postęp w dziedzinie międzynarodowej ochrony zdrowia był powolny, co było skutkiem słabego rozwoju nauk medycznych.

Cele i kierunki współpracy były bardzo wąskie i ograniczone. Dwie idee zdominowały te konferencje: po pierwsze dążono do usunięcia przeszkód dla handlu i transportu, po drugie chciano obronić Europę przed egzotycznymi zarazkami przez zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób epidemicznych, a zwłaszcza cholery. W drugiej połowie wieku nastąpiła uniwersalizacja systemu i pojawiła się motywacja humanitarna⁶.

Nowy jakościowo etap instytucjonalizacji zapoczątkowała Międzynarodowa Konferencja Sanitarna zwołana do Paryża w 1903 roku. Dokonano tam scalenia czterech wcześniejszych konwencji dotyczących cholery i dżumy, podpisując jednolity akt – Międzynarodową Konwencję Sanitarną. Po raz pierwszy w historii zgodzono się, co było skutkiem postępu badań, że trzy choroby zakaźne – dżuma, cholera i żółta febra – są w różny sposób przenoszone (ostatecznie wyłączono z konwencji żółtą febrę, ponieważ nie było zgody co do sposobu jej transmisji i nade wszystko roli komarów w jej przenoszeniu). Postęp dokonany na konferencji był pokłosiem odkrycia w 1894 roku przez dwóch niezależnie pracujących naukowców (Alexandra Yersina i Kitasato Schibasaburō) zarazka dżumy⁷. Ponadto na tej konferencji Masaki Ogata⁸ zademonstrował zainfekowane dżumą szczury, razem z wynikami badań na temat roli pcheł szczurzych w przenoszeniu choroby, a przedstawiciel Komisji Armii Stanów Zjednoczonych ds. Febry przedstawił wyniki badań potwierdzające rolę pewnego gatunku komarów (*Aedes aegypti*) w przenoszeniu febry. Tak więc po raz pierwszy w historii konferencji sanitarnych w 1903 roku delegaci zostali zapoznani z wiedzą naukową na temat roli szczurów w przenoszeniu dżumy i *Aedes aegypti* w przenoszeniu żółtej febry. Praktyczną konsekwencją tych ustaleń była kampania wytępienia *Aedes aegypti* w Hawanie.

Aby spożytkować dokonujący się postęp, we wspólnym interesie wszystkich postanowiono wzmocnić i utrwalić współpracę w zakresie zwalczania epidemii przez utworzenie stałych organów. W tym celu powołano specjalny komitet do przygotowania projektu odpowiedniej instytucji (Committee on Ways and Means). Po przestudiowaniu informacji od sześciu istniejących już biur działających w innych dziedzinach (własności przemysłowej i literackiej, usług pocztowych i telegraficznych, kolei, miar i wag) komitet postanowił oprzeć się na modelu konstrukcji Międzynarodowego Biura Miar i Wag. Nowe biuro miało być niezależne od państwa siedziby. Pomoc udzielana krajom miała mieć charakter dyskretnej interwencji w postaci notyfikacji i porady, co miało stymulować dany kraj do poprawy jego służby zdrowia. Artykuł 181 Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej przewidywał możliwość powołania tego typu organizacji w odpowiednim czasie, decyzję pozostawiając rządowi francuskiemu.

Idea ta została wprowadzona w życie dopiero po czterech latach. Dwanaście państw zdecydowało 9 grudnia 1907 roku w Rzymie o utworzeniu międzynarodo-

⁶ *The first...*, op. cit., s. 14.

⁷ Alexander Yersin – francuski bakteriolog szwajcarskiego pochodzenia; Kitasato Schibasaburō – japoński lekarz i bakteriolog.

⁸ Masaki Ogata – badacz japoński.

wej organizacji do spraw zdrowia publicznego pod nazwą Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej (Office International d'Hygiène Publique, OIHP)⁹. Były to: Belgia, Brazylia, Egipt, Francja, Wielka Brytania, Włochy, Holandia, Portugalia, Rosja, Hiszpania, Szwajcaria, Stany Zjednoczone. Podstawowym celem OIHP było udostępnianie państwom informacji, mających znaczenie dla zdrowia publicznego, głównie dotyczących chorób zakaźnych, tj. cholery, dżumy i żółtej febry, w tym także informowanie o podjętych środkach służących zwalczaniu tych chorób. Dodatkowymi zadaniami biura było sugerowanie zmian w Konwencji Sanitarnej i publikowanie comiesięcznego biuletynu. Językiem oficjalnym był francuski. W tym też języku ukazywał się biuletyn.

Struktura organizacji składała się z przedstawicieli wszystkich państw Stałego Komitetu, mającego do swojej dyspozycji wyznaczanego przez siebie dyrektora generalnego oraz sekretarza generalnego, którym podlegał personel mający status międzynarodowy. Nie było geograficznego podziału liczby miejsc. System ważenia głosów oparty był na zasadzie tzw. jednostek budżetowych, powiązanych z liczbą głosów. Państwa podzielono na 6 kategorii: na czele listy znajdowały się państwa posiadające 25 jednostek budżetowych z 6 głosami, na końcu państwa z 3 jednostkami budżetowymi mające 1 głos. W praktyce ten system nie funkcjonował. Decyzje podejmowano przez konsens.

W pierwszym posiedzeniu Stałego Komitetu w 1908 roku uczestniczyło dziewięciu sygnatariuszy (brak trzech) wraz z trzema nowymi delegacjami: z Indii Brytyjskich, Serbii i Tunezji. Rozważano głównie kwestie proceduralne i wyborcze. Powołano biuro składające się z ośmiu osób, w tym sekretarza generalnego, jednego pracownika administracyjnego, dwóch tłumaczy-sekretarzy, księgowego, archiwisty, dwóch posłańców.

Jedną z głównych funkcji biura było inicjowanie badań na temat chorób zakaźnych i ich zwalczania oraz zapobiegania im (np. kwestie deratyzacji, szczepień, zwalczania insektów nosicieli choroby). Rozszerzono wachlarz chorób podlegających kontroli i notyfikacji o gruźlicę, dur brzuszny i malarię. W zakres działalności włączono też kwestie zdrowej żywności, konstrukcji i wyposażenia szpitali oraz higieny w szkołach i miejscach pracy. Biuro było miejscem gromadzenia i rozpowszechniania informacji dostępnej państwom oraz wskazówek i porad. Wśród rekomendacji były między innymi: zalecenie, by rządy, w celu uniknięcia importu dżumy, uznały za priorytet wyniszczenie szczurów i ich pasożytów w portach i na statkach (1910); powinność przymusowej notyfikacji przypadków tuberkulozy i śmierci z jej powodu (1913); uznanie, że centralna administracja do spraw zdrowia nie powinna pozostawiać władzom lokalnym głównej odpowiedzialności w zakresie kontroli wody pitnej i ścieków (1913).

Po wybuchu pierwszej wojny światowej działalność Biura została zawieszona. Po zakończeniu wojny na pierwszym posiedzeniu Stałego Komitetu jego przewodniczący, podsumowując działalność biura, nawoływał do nowego podejścia

⁹ Szerzej: *The First...*, op. cit., s. 15–37.