

4. Lebon E. Agonie de l'Europe. 1935–1936–1937 / E. Lebon. – Nancy, 1937. – P. 12.
5. Тэн И. Происхождение современной Франции / И. Тэн. – СПб, 1907. – С. 6.
6. Гизо. История цивилизации во Франции / Гизо. Т. 1, 2. – М., 1877. – С. 27.
7. Пупар П., кардинал. Роль христианства в культурной идентичности европейских народов / П. Пупар // Полис. – 1996. – № 2.
8. Берман Г. Дж. Западная традиция права : эпоха формирования / Г. Дж Берман. – М. : Изд-во МГУ : Издательская группа ИНФРА-М-НОРМА, 1998. – 624 с.
9. Дюби Ж. Европа в средние века / Ж. Дюби. – М. : Пилигримма, 1994. – 312 с.
10. Шпэт Л. Мечта о Европе / Л. Шпэт. – М. : Международные отношения, 1993. – 270 с.
11. Гердер И. Г. Идеи к философии истории человечества / И. Г. Гердер. – М. : Наука, 1977. – 705 с.
12. Новосельский С. А. Демография и статистика : избр. произв / С. А. Новосельский. – М. : Статистика, 1978. – 268 с.
13. Ле Гофф Ж. Цивилизация средневекового Запада / Ж. Ле Гофф. – М. : Прогресс, 1992. – 376 с.
14. Brugmans H. L'idée européenne. 1920–1970. – Bruges, 1970; Duroselle J. B. L'idée d'Europe dans l'histoire. – Paris, 1967; Gruber E. L'idée européenne. – Paris, 1971; Rou-gemont D. The Idea of the Europe. – New York–London, 1966; Voyenne V. Histoire de l'idée européenne. – Paris, 1964.
15. Борко Ю. А., Загорский А. В., Караганов С. А. Общий европейский дом: что мы о нем думаем / Ю. А. Борко, А. В. Загорский, С. А. Караганов. – М. : Международные отношения, 1991. – 231 с.; Фадеева Т. М. Единая Европа: наследие и судьба / Т. М. Фадеева // Вопросы философии. – 1992. – № 4; Фадеева Т. М. Европейская идея: путь к интеграции / Т. М. Фадеева // Вопросы философии. – 1996. – № 5; Чубарьян А. О. Европейская идея в истории. Проблемы войны и мира / А. О. Чубарьян. – М. : Международные отношения, 1987. – 352 с.; Чубарьян А. О. Исторические судьбы европейской идеи / А. О. Чубарьян // Европейский альманах. – М., 1990.
16. Фаллачи О. Ярость и гордость / О. Фаллачи. – М. : Вагриус, 2005. – 159 с.

*Н. В. Сажієнко,
асистент кафедри загальногуманітарних дисциплін,
Міжнародний гуманітарний університет*

РОЛЬ РЕГІОНАЛЬНИХ БЮРО ВООЗ В МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОМУ СПІВРОБІТНИЦТВІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виходячи з головної мети ВООЗ: «досягнення всіма народами можливо вищого рівня здоров'я», структура організації повинна реалізовувати її на практиці шляхом представлення необхідної допомоги на місцях. Для відображення регіональних пріоритетів охорони здоров'я та максимальної адаптації до національних потреб різних держав, регіонів, континентів ВООЗ складається з регіональних підрозділів. Ознакою ВООЗ з точки зору структури є регіоналізація її роботи, яка поєднує децентралізацію з централізацією управління. Діяльність Організації здійснюється за допомогою центральних органів та шести регіональних організацій (Регіональне бюро для держав Африки, Регіональне бюро для держав Америки, Регіональне бюро для держав Південно-Східної Азії, Європейське регіональне бюро, Регіональне бюро для держав Східного Середземномор'я, Регіональне бюро для держав західної частини Тихого океану). Такий підхід дозволяє досягти зазначеної мети, враховуючи національні, географічні, кліматичні, економічні та екологічні особливості різних територій і сприяє найкращому відображенню регіональних пріоритетів та проблем.

В період роботи конференції де-факто діяла тільки одна міжурядова організація з регіонального значення – Панамериканське санітарне бюро (Рішенням XV Панамериканської конференції, що відбулася в вересні-жовтні 1958 р., ця організація перейменована в «Панамериканську організацію охорони здоров'я». Див.: Статут ВООЗ), а Панарабське регіональне бюро охорони здоров'я знаходилося на стадії створення [1, с. 46]. На Конференції, яка про-

ходила в Нью-Йорку 1946 р. було запропоновано два варіанти інтегрування регіональних організацій в сфері охорони здоров'я в структуру ВООЗ: шляхом їх трансформації в регіональні бюро або шляхом підписання угоди про використання адміністративних органів та центрів цих організацій в якості регіональних бюро (Найбільші суперечки на конференції визвав правовий статус Панамериканського санітарного бюро і його відносини з ВООЗ. Були запропоновані дві пропозиції: від США, Бразилії, Канади, Франції, Великобританії, Норвегії, Венесуели та інша від СРСР, УРСР, БРСР. Метою пропозиції від США було збереження самостійності Панамериканського санітарного бюро та підписання міжнародного договору з ВООЗ щодо напрямків та форм співробітництва. Пропозиція від СРСР зводилася до входження Панамериканського санітарного бюро до складу ВООЗ в якості регіонального відділення). При розробці Статуту ВООЗ було прийнято рішення, що всі існуючі організації в сфері охорони здоров'я до підписання Статуту повинні бути включені до структури Організації (ст. 54 Статуту).

Основний характер діяльності ВООЗ – це безпосередня оперативна допомога національним системам охорони здоров'я, правовою формою даного співробітництва є підписання спеціальних договорів, які укладаються між заінтересованими урядами та з регіональною інституцією ВООЗ, а також з центральними органами Організації. Таким чином, регіональні інституції ВООЗ мають договірну правосуб'єктність.

Компетенцію щодо створення регіонального бюро має Асамблея охорони здоров'я. За територіальною ознакою встановлюється квота регіональних відділень у відповідності до п. в. ст. 44 Статуту ВООЗ. Регіональні організації є невід'ємною частиною Організації, що свідчить про адміністративну централізацію. Об'єм прав та обов'язків регіональних організацій встановлює Асамблея охорони здоров'я та закріплюється в міжнародному договорі між ВООЗ та регіональною організацією. Кожна регіональна організація складається з регіонального комітету та регіонального бюро.

Досліджуючи регіональну діяльність ВООЗ, начальник юридичного відділу організації Франк Гуттеридж в 1963 році зазначив: «Отримання незалежності великою кількістю держав, особливо в Африці та Азії, після завершення другої світової війни внесло значних змін в політичний вигляд світу й дало змогу народам, що отримали свободу, безпосередньо висловити свої погляди та побажання. І навіть в тих випадках, коли перед різними державами стоять цілком однакові або подібні проблеми охорони здоров'я, підходити до них необхідно, виходячи з місцевих умов, так як у боротьбі з хворобами доводиться мати справу з людьми, а не з простим технічним елементом» [2, р. 3]. Дійсно, завдання співробітництва в сфері охорони здоров'я під час створення ВООЗ та сучасні проблеми суттєво відрізняються. Нова історична ситуація, характерною рисою якої після другої світової війни була деколонізація, розпад світової колоніальної системи, спричинила появу цілого ряду нових держав, в яких потрібно було створювати системи охорони здоров'я, які в деяких випадках були повністю відсутні. Саме з цієї причини головною метою регіоналізації Організації під час її створення була необхідність прийняття невідкладних заходів зі створення й укріплення органів та систем охорони здоров'я у державах, отримавших незалежність від колоніального режиму. Економічні і соціальні умови колись молодих незалежних держав африканського

та азійського регіонів і на сьогодні потребують допомоги від розвинутих держав, як науково-технічної так і професійної для покращення стану систем охорони здоров'я. З плином часу модифікувалися і напрямки міжнародного співробітництва в регіональних організаціях ВООЗ, які відображали реалії сучасності: боротьба з материнською і дитячою смертністю; боротьба з інфекційними (малярія, ВІЧ/СПІД, нові штампи грипу) та неінфекційними (тютюнокуріння, ожиріння «хвороби глобальної цивілізації») захворюваннями; доступ до необхідних лікарських засобів; здорове навколишнє середовище та ін.

На першому засіданні в 1948 р. Всесвітня Асамблея охорони здоров'я основним напрямом роботи було виділено регіоналізацію Організації. Після ряду дискусій було прийнято рішення про розподіл світу на шість географічних регіонів. Південно-Східна Азія, Східно-Середземноморський і Західно-Тихоокеанський регіони були визначені шляхом включення окремих держав у списки цих регіонів; Європа і Америка були визначені як континенти; Африканський регіон (весь африканський континент на південь від Сахари) був складений з урахуванням географічних і політичних чинників. Як зауважує американський вчений Ховард Калдервуд: «При створенні регіонів головне значення надавалось не географічним факторам. Наприклад, Пакистан у відповідності до його прохання був включений до Східно-Середземноморського регіону, а не в регіон Південно-Східної Азії, в якому знаходилися його найближчі сусіди – Індія та Афганістан. Острови Тихого океану і ряд інших територій взагалі нікуди не були включені» [4, р. 16].

При формуванні регіональних бюро ВООЗ, як було вказано раніше був покладений принцип географічного розташування, але враховувалися також і інші показники: рівень життя, ступінь розвиненості систем охорони здоров'я, співробітництво між державами, релігійний фактор. Поділ на регіони носить скоріше умовний характер, тому їх склад періодично змінювався за географічними, культурними, але, як правило, з політичних причин. Держава, яка має бажання приєднатися до якогось-небудь регіону ВООЗ або змінити свою належність до певної регіональної групи, направляє мотивований запит Всесвітній асамблеї охорони здоров'я, яка приймає рішення після розгляду подібного клопотання. Таким чином, Греція, спочатку входила в Східно-середземноморський регіон, а з 1949 р. зараховано до Європейського регіону, а Марокко, навпаки, перейшло в 1986 р. з Європейського бюро в Східно-середземноморське. Клопотання про переведення Індонезії з Західно-Тихоокеанського регіону до Південно-Східної Азії було задоволено на третій сесії Асамблеї. Отже, хаотичність та суперечки щодо регіоналізації ВООЗ були спричинені політичною ситуацією того періоду та геополітичними напрямками лідируючих держав-учасниць.

Регіоналізація роботи ВООЗ неминуче супроводжувалася з її децентралізацією, оскільки для виконання своїх функцій регіональним бюро було передано ряд повноважень, які раніше були притаманні тільки центральному апарату. Регіональні бюро отримали можливість самостійно розробляти регіональну політику в сфері охорони здоров'я, визначати пріоритетність завдань та програм і т. д. Центральні органи ВООЗ вже не брали активної участі в розробці регіональних проектів, їх втіленні в життя і, що особливо важливо, в оцінці їх ефективності. Але у відповідності до Статуту ВООЗ регіональним організаціям надається право вирішувати питання «виключно регіонального характеру», в той час як визначення напрямів діяльності Організації – функція Асамблеї охорони здоров'я. Данні

положення вказують на прагнення ВООЗ створити централізовану організацію як в адміністративних та фінансових відносинах, так і в питаннях централізованої розробки політики діяльності. Зокрема, регіональним організаціям вдалося досягти більшої самостійності, ніж при їх створенні та сам факт найбільш ефективної діяльності з поміж інших регіональних інституцій спеціалізованих установ ООН.

Таким чином, створення ВООЗ на регіональній основі породило дві протилежні тенденції: централізації, відображеної в Статуті ВООЗ закладеної в самій ідеї створення організації як єдиної універсальної спеціалізованої установи, яка прийшла на заміну раніше існуючим міжнародним інституціям в сфері охорони здоров'я; та децентралізації, яка виникла під час створення регіональних бюро та поступовим розширенням їх функцій. Саме завдяки регіоналізації ВООЗ можливе ефективне виконання мети та завдань, які були покладені на Організацію під час її утворення, та прогресивне і своєчасне реагування на сучасні проблем в сфері охорони здоров'я шляхом координації міжнародного співробітництва як правового, науково-технічного, інформаційного, вертикального, освітнього та ін.

ЛІТЕРАТУРА

1. Розанов Л. Л. Социально-экономические и политические аспекты деятельности Всемирной организации здравоохранения / Л. Л. Розанов. – М. : Наука, 1972.
2. Gutteridge F. The World Health Organization. Its scope and achievements. / Temple Law Quarterly. – Vol. 37. – Philadelphia, USA, 1963.
3. Calderwood H. B. The World Health Organization and its regional Organizations. / Temple Law Quarterly. – Vol. 37 (№ 1). – Philadelphia, USA, 1963.

*Н. В. Чудина,
кандидат философских наук,
Крымский экономико-правовой институт
Международного гуманитарного университета*

СМЕНА ШКАЛЫ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТИРОВ КАК ФАКТОР РОСТА ЭКСТРЕМАЛЬНОСТИ

Рост экстремальных проявлений современного общества, а также их глобальные масштабы заставляют задуматься не только о путях преодоления первых, но и о том, что является факторами и условиями их развития, т. е. что является истоком, из которого эти проявления берут свое начало. Таких условий и факторов много, о чем свидетельствует все возрастающий интерес к исследованию обозначенных проявлений с точки зрения многих дисциплин. Более того, на данном этапе развития науки можно с уверенностью говорить о возникновении и развитии нового направления, которое призвано обозначить, исследовать и дать ответ об истоке таких проявлений – называется оно Экстремология. Безусловно, наибольшее распространение исследование экстремальных проявлений находит в научном мире тех стран, на территории которых встречается такие негативные проявления экстремальности как экстремизм и терроризм. В то же время и исследователям других стран не стоит обходить эту проблему стороной, поскольку даже позитивно оцененные экстремальные проявления имеют в своей основе те же элементы, что и негативные, с той только разницей, что, в данном месте и времени они не несут разрушительного характера. Однако вся эта ситуация мо-