

Салагай О.О.

БОРЬБА С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ: ПРАВОВАЯ РЕТРОСПЕКТИВА И СОВРЕМЕННОСТЬ

Аннотация: Предметом исследования, изложенного в настоящей работе, являются общественные отношения, связанные с защитой населения от инфекционных заболеваний в Европе, включая современные подходы к борьбе с инфекциями в Европейском союзе. Чума, оспа, холера и другие инфекционные заболевания, сопровождая Европу на протяжении всей ее истории, веками уносили миллионы жизней. Это заставляло искать первые, порой интуитивные, способы борьбы с ними, которые затем, приобретая юридическую форму, конвертировались в противоэпидемические меры, многие из которых широко применяются до настоящего времени. Изучению генезиса этих мер в Европе, а также современным правовым аспектам борьбы с инфекционными заболеваниями в Европейском Союзе и посвящена настоящая работа. Методология исследования основывается на применении как общетеоретических методов, включая метод логического обобщения, анализа, так и специально-правовых методов, включая формально-юридический. В данной работе впервые исследуется развитие норм права Европейского Союза, регулирующих борьбу с инфекционными заболеваниями, в исторической ретроспективе, а также описывается актуальное содержание соответствующих нормативных правовых актов ЕС. Многие из данных актов никогда ранее не переводились на русский язык и не анализировались в русскоязычной юридической литературе. Автор анализирует содержание указанных норм и делает выводы относительно действующей в ЕС системы противодействия угрозам биологического происхождения.

Ключевые слова: Биобезопасность, Европейский Союз, европейское право, инфекционные заболевания, санитарно-эпидемиологическое благополучие, эпидемиологический надзор, контроль над заболеваниями, биотерроризм, Всемирная организация здравоохранения, лихорадка Эбола.

Abstract: This work focuses on the protection of population from infectious diseases in Europe, including modern approaches to infection control in the European Union. Plague, smallpox, cholera and other infectious diseases followed European history for centuries, killing millions of people. This forced the people to seek out solutions, often intuitive methods of countering the effects of the diseases. Many of these methods later turn mandatory and converted into anti-epidemic measures, some of which are still widely used today. The genesis of these measures in Europe, as well as modern legal aspects of fighting against infectious diseases in the European Union is in the focus of this article. The research methodology is based on the use of general theoretical methods, including logical generalization, analysis, and special legal methods, including formal-legal method. In this article, the author for the first time investigates development of the law of the European Union on regulatory control of communicable diseases in historical retrospective, and describes the actual content of relevant regulations of the EU. Many of the acts cited in this work have never been translated into Russian or analyzed in the Russian legal literature before. The author analyzes the content of these legal norms and draws conclusions about EU's current system for countering threats of biological origin.

Keywords: Bioterrorism, disease control, epidemiologic surveillance, sanitary well-being, infectious disease, European law, European Union, biosecurity, World Health Organization, Ebola virus.

Чума, оспа, холера и другие инфекционные заболевания, сопровождая Европу на протяжении всей ее истории, веками уносили миллионы жизней. Это заставляло искать первые, порой интуитивные, способы борьбы с ними, которые затем, приобретая юридическую форму, конвертировались в противоэпидемические меры, многие из которых широко применяются до настоящего времени. Изучению генезиса этих мер в Европе, а также современным правовым аспектам борьбы с инфекционными заболеваниями в Европейском Союзе и посвящена настоящая работа.

Первоначально противоэпидемические меры были лишь делом внутригосударственным. Однако, как справедливо отмечает Н.П. Сильченко (2012), малая эффективность проводимых отдельными государствами мероприятий становилась мощным фактором постепенного признания необходимости межгосударственных противоэпидемических мер [1].

В Европе это признание вылилось в созыв с 1851 по 1938 четырнадцати международных санитарных конференций. Основное внимание в ходе первых шести конференций представители государств сосредоточили

на стандартизации карантинных мер, направленных на борьбу с холерой, чумой и желтой лихорадкой – традиционными карантинными заболеваниями. Однако своей цели им добиться не удалось, поскольку сами вопросы причины возникновения инфекционных заболеваний, в частности, холеры и путей ее передачи вызывал жаркие дебаты, которые в той или иной мере продолжались в течение последующих сорока лет.

Первое международное соглашение было принято седьмой санитарной конференцией в 1892 году, то есть спустя 41 год дискуссий. Последующие конференции в Дрездене (1893), Париже (1894) и Венеции (1897) также завершились дополнительными соглашениями, которые были обобщены в единую международную санитарную конвенцию в ходе 11й конференции в Париже в 1903 году. Однако главным итогом этой конференции стало решение создать постоянно действующее международное бюро по вопросам здравоохранения, которое было сформировано в 1907 году и получило название Международного офиса по общественной гигиене (*Office internationale d'Hygiène publique*). Офис состоял из постоянного секретариата и комитета представителей здравоохранения 12 государств, 9 из которых были европейскими. Комитет встречался дважды в год за исключением периода Первой мировой войны.

После Первой мировой войны предполагалось, что Международный офис по общественной гигиене войдет в состав административных подразделений Лиги Наций. Однако из-за вето США, не являвшихся членами Лиги, до Второй Мировой Войны в Европе функционировали две международные организации в сфере здравоохранения – Офис и Организация здравоохранения Лиги наций (*Health Organization of the League of Nations*). Параллельно на американском континенте, начиная с 1902 года, работало Международное американское санитарное бюро (с 1923 года – Панамериканское санитарное бюро).

После Второй Мировой Войны в ходе Сан-Францисской конференции, положившей начало ООН, делегациями Бразилии и Китая был предложен проект декларации о созыве международной конференции, которая учредила бы международную организацию по вопросам здравоохранения. 19 июня 1946 года Международная конференция по здравоохранению открылась и продолжилась до 22 июня, одоблив Устав (Конституцию) Всемирной организации здравоохранения, который вступил в силу 7 апреля 1948 года, набрав необходимое количество ратификаций [15].

В соответствии со статьей 21 Устава Организации Ассамблея здравоохранения имеет полномочия

устанавливать права, касающиеся санитарных и карантинных требований и иных мероприятий, направленных против международного распространения болезней. Поэтому не было неожиданностью то, что уже в 1951 году ВОЗ приняла новую редакцию Международных санитарных правил, которые фокусировались на контроле над распространением «классических» карантинных заболеваний, таких как холера, чума, оспа, тиф и желтая лихорадка. Они редактировались в 1969 году, а затем до 2005 оставались неизменными. Вновь принятый в 2005 году документ, именуемый в русском переводе Международные медико-санитарные правила (*International Health Regulations*), имеет более широкий предмет регулирования, усиливает полномочия ВОЗ, налагает на стороны более серьезные обязательства в части надзора и реагирования, а также совершенствует сам этот механизм на международном уровне.

Таким образом, к моменту создания Европейских сообществ имелась достаточно сформированная система международного сотрудничества по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, в рамках которой первоначально и развивалось взаимодействие государств-членов ЕС. Это может быть объяснено не столько достаточностью этих механизмов, сколько отсутствием соответствующих полномочий на коммунитарном уровне: ни Римский договор, ни Договор о Евроатоме 1956 года не закрепляли за сообществами каких-либо выраженных здравоохранительных полномочий. Впервые полномочия по укреплению сотрудничества между государствами-членами ЕС с целью обеспечения высокого уровня защиты здоровья человека были закреплены Маастрихтским договором в 1992 году (статья 129 Договора об образовании Европейского сообщества). Это правовое положение, несмотря на свой достаточно общий характер, дало важный толчок к развитию сотрудничества в сфере здравоохранения в рамках ЕС.

В совместной резолюции Совета ЕС и министров здравоохранения государств-членов от 13 ноября 1992 года была подчеркнута желательность улучшения охвата и эффективности существующих в государствах-членах сетей по надзору за инфекционными заболеваниями, а также усиления координации между ними для мониторинга вспышек инфекционных заболеваний [17]. В своем заключении от 13 декабря Совет отметил необходимость развития сети надзора и контроля за инфекционными заболеваниями в контексте обеспечения безопасности донорской крови [11]. Идея формирования единой

Интеграционное право и наднациональные организации

сети на уровне ЕС была также высказана в 1993 году Европейским парламентом.

Следует заметить, что к этому моменту определенные попытки формирования подобных сетей на коммунитарном уровне предпринимались, однако системного характера они не имели (например, обмен информацией относительно возбудителей зоонозов у животных в соответствии с директивой 92/117/ЕЕС от 17.12.1992, проекты Eurosentinel и CARE).

Вспышки чумы в Индии в 1994 году и лихорадки Эбола в Заире в 1995 году ускорили дискуссию по обсуждаемому вопросу в рамках ЕС, и 24 сентября 1998 года Европарламентом и Советом ЕС было принято решение № 2119/98/ЕС об организации в рамках Сообщества сети по эпидемиологическому надзору и контролю за инфекционными заболеваниями [12]. Сформированная сеть должна была использоваться для двух целей: эпидемиологического надзора за указанными заболеваниями, а также для раннего предупреждения и ответа для профилактики и контроля.

Согласно указанному решению каждый уполномоченный национальный орган обязан был сообщать Еврокомиссии и другим членам ЕС посредством сети информацию о появлении случаев инфекционных заболеваний, в отношении которых осуществляется надзор, и предпринятых в связи с этим контрольных мерах, информацию о необычных эпидемических явлениях или инфекционных заболеваниях неизвестной природы, любую другую информацию касательно изменения эпидемиологической обстановки, а также существующих механизмов профилактики и контроля за инфекционными заболеваниями. Информирование было осуществляться до принятия каких-либо мер за исключением неотложных случаев.

Перечень групп заболеваний, в отношении которых осуществляется надзор и контроль на уровне Сообщества, был установлен приложением к этому решению и включал заболевания, предупреждаемые вакцинацией, заболевания, передающиеся половым путем, вирусные гепатиты, пищевые инфекции, зоокомиальные инфекции, вирусные геморрагические лихорадки, бешенство, болезни, охватываемые международными санитарными правилами (желтая лихорадка, чума, холера) и ряд других болезней.

С тем, чтобы работа сети отвечала реальным потребностям Сообщества и должным образом дополняла активности государств-членов, решением делегировано право Еврокомиссии определять перечень заболеваний, которые последовательно охватываются надзором, критерии для составления этого перечня, природа и тип

собираемых данных, эпидемиологические и микробиологические методы надзора, надлежащие технические средства для информационного обмена.

В связи с этим 22 декабря 1999 года Комиссией было принято решение 2000/96/ЕС [4], в котором был уточнен перечень заболеваний, подлежащий эпиднадзору и критерии для его составления. Согласно установленным критериям, включению в перечень подлежат болезни, которые вызывают или могут вызывать значительную заболеваемость и (или) смертность в Сообществе, в особенности, если их профилактика требует глобального подхода к координации, болезни, в отношении которых обмен информацией может обеспечить раннее предупреждение об опасности для здоровья, редкие и серьезные заболевания, которые могут не быть распознаны на национальном уровне и в отношении которых сбор информации может обеспечить гипотетическую оценку на основании широких знаний, болезни, в отношении которых существуют эффективные средства профилактики, обеспечивающие защиту здоровья, а также болезни, в отношении которых сравнение между государствами-членами вносит вклад в развитие национальных и коммунитарных программ. В отношении заболеваний, не включенных в перечень, сообщения могут также передаваться, если существует риск для общественного здоровья.

Указанное решение Комиссии неоднократно корректировалось в части уточнения различных аспектов функционирования системы надзора. Так, после вспышки гриппа, вызываемого вирусом H1N1, этот возбудитель был отдельно включен в сеть решением Комиссии от 10.07.2009 2009/539/ЕС [6].

Вторым слагаемым борьбы с инфекционными заболеваниями на коммунитарном уровне, как было указано выше, наряду с эпидемиологическим надзором является система раннего оповещения и ответа (англ. «Early Warning and Response System», далее – EWRS). Общие требования к ней определены решением Комиссии от 22.12.1999 2000/57/ЕС [3]. Согласно данному документу передача информации в рамках системы раннего оповещения и ответа осуществляется в отношении вспышек инфекционных заболеваний, распространяющихся по территории более чем одного государства-члена, временная или пространственная кластеризация случаев заболеваний сходного типа (причем, как внутри Сообщества, так и вовне), если возможная причина – это патоген и наличествует риск распространения между государствами-членами внутри Сообщества, а также появление или возвращение инфекционного заболевания или возбудителя, которое для его ликвидации мо-

жет потребовать скоординированной работы на уровне Сообщества. EWRS структурирована по трем уровням: уровень 1 – информационный обмен, уровень 2 – потенциальная угроза, уровень 3 – определенная угроза.

Передаваемая в рамках системы ЕС информация требовала определенной стандартизации для того, чтобы получаемые сведения могли сравниваться и анализироваться на основе единой методологии. Для этих целей решением Комиссии 2002/253/ЕС были формализованы подходы к описанию случаев, в отношении которых установлено требование по надзору и оповещению [8]. Затем решением Комиссии 2008/426/ЕС определение случая было несколько видоизменено и приобрело следующие элементы описания: клинические критерии, лабораторные критерии, эпидемиологические критерии (например, наличие эпидемиологической связи случаев передачи от человека к человеку или от животного к человеку, или заражение от общего источника), а также классификация случая (возможный, вероятный, подтвержденный, подтвержденный лабораторно с клиническими проявлениями, подтвержденный лабораторно без клинических проявлений) [9]. В 2009 году описания дважды корректировались в отношении вируса гриппа решениями 2009/363/ЕС [10] и 2009/540/ЕС [7].

С тем, чтобы обеспечить идентификацию, оценку и передачу информации об угрозах, исходящих от инфекционных заболеваний, 21 апреля 2004 года регламентом Парламента и Совета ЕС 851/2004 [16] был создан Европейский центр по контролю над заболеваниями (ECDC, по аналогии с американским центром по контролю за заболеваниями – CDC). В его задачи входит сбор, оценка и распространение научной и технической информации, предоставление помощи и консультаций, включая подготовку специалистов, предоставление информации структурам ЕС и государствам-членам в области общественного здоровья, координация деятельности органов и сетей ЕС в установленной сфере деятельности, а также обмен информацией и наилучшими практиками с целью обеспечения развития и применения совместных действий. Все сформированные к этому моменту сети по эпиднадзору были переданы Центру, как единому оператору, который обеспечивает их работу в рамках единой методологии.

Структура Центра включает управляющий совет, консультативный форум, а также директора и его персонал, распределенный по структурным подразделениям (пять отделов, состоящих из тематических секторов). Управляющий совет (УС) является главным административным органом Центра и включает по одному представителю от каждого государства-члена ЕС,

двух представителей, назначенных Европарламентом, и трех, назначенных Еврокомиссией. УС принимает правила процедуры, бюджет, программу работы, финансовые правила, ряд других принципиальных документов. Директор осуществляет каждодневное административное управление Центром, а также участвует в определении политики развития Центра, предлагая проекты программы работы и бюджета для утверждения УС. Консультативный форум включает специалистов в обсуждаемой области из каждого государства-члена, а также троих представителей Еврокомиссии, отражающих заинтересованные стороны на союзном уровне (однако без права голоса). Задачей форума является обеспечение сотрудничества Центра с ответственными органами государств-членов по таким вопросам, как согласованность научных исследований, укрепление европейских сетей по компетенции, определение общих угроз для общественного здоровья, определение научных и здравоохранительных приоритетов в рабочей программе.

Нужно отметить, что функцию по определению общих угроз выполняет также созданный при Европейской комиссии (решение от 05.08.2008 2008/721/ЕС [5]) Научный комитет по возникающим и выявленным рискам для здоровья (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR)).

В целом работа системы EWRS оценивается специалистами положительно. Анализ, проведенный Guglielmetti P. et al. (2006), показал, что сообщения по большинству случаев заболеваний передавались в короткий срок и позволяли предпринимать соответствующие меры. Кроме того, интеграция новых 10 государств-членов ЕС не вызвала значимых затруднений в работе сети [14].

Опыт работы сформированной системы по предупреждению вспышек инфекционных заболеваний был использован Европейским Союзом в качестве фундамента для создания в 2013 году комплексной системы безопасности, предусматривающей информирование и координацию в случае возникновения различных видов рисков. Согласно решению Совета 1082/2013/EU скоординированные меры применяются в отношении угроз биологического происхождения (инфекционные заболевания, антибиотикорезистентность и зоокоммуальные инфекции, биотоксины и другие опасные биологические агенты вне связи с инфекционными заболеваниями), угроз химического, экологического, неизвестного происхождения, а также событий, которые могут составлять чрезвычайные случаи в плане общественного здоровья международного характера,

Интеграционное право и наднациональные организации

определенные в соответствии с Международными медико-санитарными правилами, при условии, что они подпадают под одну из указанных категорий [13].

При этом скоординированные действия предпринимаются не всегда, а лишь тогда, когда имеет место серьезная трансграничная угроза здоровью, определяемая как угроза жизни или иная серьезная угроза биологического, химического, экологического или неизвестного происхождения, которая распространяется или может распространиться через национальные границы государств-членов, и которая для обеспечения высокого уровня защиты здоровья человека требует координации на уровне Союза.

Система координации усилий по борьбе с серьезными трансграничными угрозами здоровью, создаваемая указанным решением, включает в себя несколько принципиальных блоков: обеспечение готовности и планирование ответа, эпидемиологический надзор и мониторинг ad hoc, раннее оповещение и ответ, реагирование на чрезвычайные ситуации.

В отношении инфекционных заболеваний по утверждаемому списку, случаев антибиотикорезистентности и больничных инфекций в сформированную систему интегрированы ранее созданные сеть по эпидемиологическому надзору (для небиологических видов угроз применяется так называемый ad hoc мониторинг) и система раннего оповещения и ответа (EWRS). Условия передачи сообщения об угрозе включают: необычность угрозы для данного места и времени, риск значительной заболеваемости и смертности, быстрое распространение, превышение (или риск превышения) национальных возможностей по ответу; охват более чем одного государства ЕС; необходимость скоординированного ответа на уровне ЕС. К тому же, если государство-член информирует ВОЗ о возникновении чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (статья 6 ММСП), то аналогичные сообщения должны быть переданы и в EWRS. О предпринимаемых мерах по ликвидации угрозы государство-член должно информировать других членов ЕС и Комиссию для обеспечения скоординированного ответа. Основной площадкой для такого информирования и координации служит Комитет по безопасности здоровья (Health Security Committee – HSC), обеспечивающий обмен информацией между государствами-членами и Комиссией, координацию в рамках планирования и оповещения о рисках и кризисах. В состав Комитета входят представители от каждого государства-члена, а также от Еврокомиссии (последний председательствует на заседаниях HSC).

После получения информации через сеть EWRS Комиссия должна в максимально короткий срок по решению Комитета по безопасности здоровья (HSC) предоставить государствам-членам и Комитету оценку риска для общественного здоровья. Данная оценка проводится в отношении инфекционных заболеваний, случаев антимикробной устойчивости и больничных инфекций Европейским центром по контролю над заболеваниями, в отношении других групп угроз – Европейской организацией по безопасности продовольствия (European Food Safety Authority), а также другими организациями ЕС.

Следует также заметить, что решение в определенных случаях наделяет Еврокомиссию полномочиями по признанию ситуации чрезвычайной для общественного здоровья.

Отметим, что одним из слагаемых обеспечения готовности являются также совместные закупки для противодействия общим угрозам.

Отдельным вопросом остается готовность систем здравоохранения государств ЕС к биотеррористическим атакам. Несмотря на то, что в рамках Союза (в особенности после атак в США 11 сентября) финансирование мероприятий по обеспечению безопасности здоровья осуществляется в рамках нескольких направлений, таких как Рамочная программа исследований (на 2007-2013 гг по разделу «Безопасность» было выделено около 1,3 млрд. евро) и трехлетняя программа по борьбе с терроризмом, продажей и распространением оружия массового поражения (с общим бюджетом около 225 млн. евро, включающая мероприятия по борьбе с биологическим и токсинным оружием), в этом вопросе еще многое предстоит сделать. Так, согласно результатам проведенного Bravata D.M. et al. (2004) анализа 115 систем сбора информации в рамках санитарно-эпидемиологического надзора лишь некоторые обеспечивают готовность к выявлению биотеррористического риска [2].

Изложенное позволяет прийти к следующим основным выводам.

Инфекционные заболевания представляют собой общую проблему, не имеющую ни административных границ, ни политических предпочтений. Несмотря на то, что в целом в Европе удалось одержать победу над многими опасными заболеваниями, сместив основные причины смертности в сторону неинфекционной патологии, инфекции все еще остаются одной из главных угроз в области охраны здоровья. Сотрудничество в области борьбы с инфекционными заболеваниями в Европе начинает свою историю в 19 веке, являясь, вероятнее всего, самым старым тематическим сотруд-

ничеством по вопросам здравоохранения. На уровне ЕС совместные санитарно-эпидемиологические активности начали развиваться сравнительно поздно, что во многом связано с отсутствием у Сообществ выраженных полномочий, касающихся здравоохранения. До этого основным форматом взаимодействия, опосредуемым Международными медико-санитарными правилами, являлась Всемирная организация здравоохранения и предшествовавшие ей международные здравоохранительные организации.

В настоящее время можно утверждать, что на уровне ЕС сложилась комплексная система координации усилий по противодействию серьезным трансграничным рискам, включающая обеспечение готовности и планирование ответа, эпидемиологический надзор и мониторинг ad hoc, ранее оповещение и ответ, а также реагирование в чрезвычайных ситуациях. При этом требования ММСП также действуют для стран ЕС,

создавая таким образом достаточно сложный интегративный механизм, обязывающий государства-члены осуществлять информационный обмен в рамках ВОЗ и ЕС одновременно. В то же время система совместного противодействия серьезным трансграничным угрозам в рамках ЕС носит более динамичный и развитый характер, будучи обеспечиваемая несколькими органами и организациями ЕС, ведущую роль среди которых играют Европейская комиссия и Европейский центр по контролю над заболеваниями.

Общность угроз, исходящих от инфекционных заболеваний, делает санитарно-эпидемиологическое направление сотрудничества одним из значимых составляющих отношений Российской Федерации с Союзом по линии здравоохранения. Изложенные правовые аспекты организации изучаемой системы в ЕС могут быть использованы при выборе формы такого сотрудничества.

Библиография:

1. Сильченко Н.П. Международно-правовые механизмы обеспечения права на охрану здоровья в контексте эпидемий, представляющих глобальную угрозу: Автореф. дис. ... канд. юр. наук. М., 2012-38 с.
2. Bravata D.M. Systematic review: surveillance systems for early detection of bioterrorism-related diseases. *Ann Intern Med.* 2004 Jun 1; 140(11):910-22.
3. Commission Decision 2000/57/EC of 22 December 1999 on the early warning and response system for the prevention and control of communicable diseases under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. OJ L 21/32; 26.01.2000
4. Commission Decision 2000/96/EC of 22 December 1999 on the communicable diseases to be progressively covered by the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. OJ L 28/50; 03.02.2000
5. Commission decision 2008/721/EC of 5 August 2008 setting up an advisory structure of Scientific Committees and experts in the field of consumer safety, public health and the environment and repealing Decision 2004/210/EC. OJ 10/09/2008 L 24|21
6. Commission Decision 2009/539/EC of 10 July 2009 amending Decision 2000/96/EC on communicable diseases to be progressively covered by the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. OJ L 180/20; 11.07.2009
7. Commission Decision of 10 July 2009 2009/540/EC amending Decision 2002/253/EC as regards case definitions for reporting Influenza A(H1N1) to the Community network. OJ L180/24 11.07.2009
8. Commission Decision of 19 March 2002 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council
9. Commission Decision of 28 April 2008 2008/426/EC amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. OJ L 159/46 18.06.2008
10. Commission Decision of 30 April 2009 2009/363/EC amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. OJ L 110/58 01.05.2009
11. Council Resolution of 12 November 1996 on a strategy towards blood safety and self-sufficiency in the European Community. OJ C 374, 11.12.1996, p. 1–1
12. Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council of 24 September 1998 setting up a network for the epidemiological surveillance and control of communicable diseases in the Community. OJ L 268/1; 03.10.1998
13. Decision of the European Parliament and of the Council of 22 October 2013 1082/2013/EU on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 2119/98/EC. OJ 05.11.2013 L 293/1
14. Guglielmetti P. et al. The Early Warning and Response System for communicable diseases in the EU: an overview from 1999 to 2005 *Euro Surveill.* 2006; 11(12):pii=666. Доступ: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=666>
15. Lee K. *Historical Dictionary of the World Health Organization.* The Scarecrow Press. London, 1998, 333 p.
16. Regulation (EC) № 851/2004 of the European Parliament and of the Council of 21 April 2004 establishing a European centre for disease prevention and control. OJ 30.04.2004 L 142/1

Интеграционное право и наднациональные организации

17. Resolution of the Council and the Ministers for health of the Member States meeting within the Council of 13 November 1992 on the monitoring and surveillance of communicable diseases. OJ C 326, 11.12.1992, p. 1–2

References (transliterated):

1. Sil'chenko N.P. Mezhdunarodno-pravovye mekhanizmy obespecheniya prava na okhranu zdorov'ya v kontekste epidemii, predstavlyayushchikh global'nyu ugrozu: Avtoref. dis. ... kand. yur. nauk. M., 2012-38 s.
2. Bravata D.M. Systematic review: surveillance systems for early detection of bioterrorism-related diseases. *Ann Intern Med.* 2004 Jun 1;140(11):910-22.
3. Guglielmetti P. et al. The Early Warning and Response System for communicable diseases in the EU: an overview from 1999 to 2005 *Euro Surveill.* 2006;11(12):pii=666. Dostup: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=666>
4. Lee K. *Historical Dictionary of the World Health Organization.* The Scarecrow Press. London, 1998, 333 r.