

ЗДОРОВЬЕ КАК ПРАВО ЧЕЛОВЕКА: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Чл.-корр. АМН Украины В.Ф. МОСКАЛЕНКО, советник Президента Украины

Рассмотрены основные исторические этапы становления права человека на здоровье, трансформация понятия здоровья. Сделан вывод о необходимости утверждения права на здоровье/права на охрану здоровья как одного из основных прав человека.

Попытки сделать ответственным за состояние здоровья общество или государство предпринимались достаточно давно и в разное время, однако первые ощутимые результаты они дали только в XIX ст., когда в ряде стран были приняты первые законодательные акты о здравоохранении. С этого времени право человека на здоровье закрепляется в общественном движении за здоровье, а с конца столетия это движение еще более усиливается в связи с признанием социальных, экономических и культурных прав, в контексте которых, как правило, рассматривается право на здоровье. Только в прошлом столетии было признано это право, которое обеспечивает система здравоохранения.

До начала XIX в. право на здоровье редко упоминалось в официальных документах. Элементы ответственности за здоровье людей можно обнаружить в древних цивилизациях, где принимались меры по улучшению общественного здравоохранения, заключавшиеся в основном в действиях в области гигиены и санитарии, в надзоре за особо опасными инфекциями (Египет, Индия, Китай, страны Средиземноморья, города древних инков, средневековая Европа и т.д.).

В XVIII в. в Германии была создана специальная «медицинская полиция», которая административными мерами осуществляла политику в сфере здравоохранения (санитарной гигиены санитарно-эпидемического режима). Инициатором движения стал Йохан Франк (J.P. Frank), который связывал здоровье и благополучие с проблемами нищеты и бедности и сформулировал идею о Кодексе здоровья (1790), который впоследствии, в 1800 г., составил Франц Май (F.A. Mai). Правда, Кодекс так и не стал настоящим юридическим документом, хотя в нем уже тогда были заложены многие вопросы поддержания и сохранения здоровья на уровне понимания этой проблемы того времени. Что же касается медицинской полиции, то это движение успешно функционировало в крупных городах Западной Европы и США на протяжении всего XIX в.

Вопросам здравоохранения уделяли внимание и французские философы-просветители. В частности, Дидро в своей «Энциклопедии» (глава «Человек») даже пошел еще дальше и указал на необходимость для монарха, а значит, государства, нести ответственность за детскую смертность в контексте роста численности населения. В статье «Больница» им была описана некая система поддержки населения в области социальной защиты и медицинского обслуживания (медицинская помощь, пенсии).

Более серьезным толчком для развития общественного здравоохранения явились процессы промышленной индустриализации в Европе, рост численности

городского населения, его концентрация, возникновение вредных условий труда, а также эпидемии инфекционных болезней, в том числе особо опасных, в частности холеры (эпидемии 1832 и 1849 гг.).

Новое и правильное понимание социальных последствий болезней стало основой для выработки политиками того времени адекватных мер в сфере развития общественного здравоохранения. Приоритет в этом вопросе принадлежит Великобритании, где еще в 1834 г. был принят «Закон о бедняках», а соответствующая комиссия «по бедным» опубликовала свой отчет (1942), в котором стержневой темой была взаимосвязь между состоянием окружающей среды и здоровьем (гигиена, санитария). Активистом всей этой работы был Эдван Чедвик (E. Chedvik), которому принадлежала глубокая мысль о том, что существование здорового рабочего класса принесет выгоду всему обществу. Эти события стали основой для принятия «Закона об общественном здравоохранении» (1948), который уже предписывал создание централизованной системы управления здравоохранением в Англии (впервые в Европе и мире).

В период между 1948 и 1990 г. было принято в общей сложности шесть законодательных актов, касающихся разных аспектов медико-санитарной помощи и услуг в системе общественного здравоохранения. Закон об общественном здравоохранении от 1875 г. стал своеобразным новым рубежом в этой сфере и имел международное значение. В нем были сведены воедино все предыдущие законы, собраны и сформулированы полномочия и обязанности санитарных органов, благодаря своему совершенству он стал основой общественного здравоохранения того времени и просуществовал более 50 лет.

Подобные процессы происходили и в других странах Европы. В частности, в Германии, где высказывались мысли (S. Neumann, 1847) о важности здоровья для человека любого социального положения и о том, что государство, как гарант частной собственности, таким же образом должно защищать и тех, у кого есть единственная собственность — их труд, для которого соответственно необходимо хорошее здоровье. Логика абсолютно понятная, хотя посылка на здоровье еще была непрямая.

На рубеже прошлого и нынешнего столетий было достигнуто немало положительных результатов в области здравоохранения, в том числе качественно улучшились водоснабжение и канализация, условия работы и жизни, санитария и гигиена. Это стало возможным благодаря уже достаточно развитой законодательной базе.

Как уже отмечалось, процессы индустриализации, развитие торговли и наличие серьезного фона инфекционных болезней, прежде всего особо опасных, стали основой для создания в середине XIX в. первых элементов международной системы здравоохранения. Начиная с 1851 г. (Париж, Франция) был организован целый ряд международных конференций по вопросам санитарии. Конференции в Австрии, Германии, Греции, Италии, США и Франции (всего их было 10) решали разные вопросы санитарии и борьбы с эпидемиями.

Особенно важной можно считать Международную конференцию 1903 г. в Париже. Первая в XX ст. и 11-я по счету, эта конференция приняла два очень важных решения, в том числе о защите общественного здоровья от трех конкретных особо опасных инфекций, а также, что особенно ценно, — решение о создании первой официальной международной организации здравоохранения — Международной организации общественной гигиены (МООГ), что и было реализовано специальным соглашением в 1907 г. (Рим, Италия). В эту организацию со штаб-квартирой в Париже вошло 12 стран¹, представляющих три континента, а главными ее функциями стали борьба с инфекционными болезнями и распространение различной информации об общественном здоровье. Однако отсутствие должного финансирования и кадрового потенциала не позволяло ей решать вопросы глобального уровня, а кроме того, начиная с 1919 г. МООГ стала находиться под патронатом Лиги Наций, которая, в свою очередь, учредила новую международную организацию подобного профиля — Организацию Лиги Наций по охране здоровья. Обе эти организации функционировали параллельно вплоть до создания ООН и ее организации — ВОЗ.

Еще ранее, в 40-е годы прошлого столетия, уже поднимались вопросы о здоровье населения в целом, первичной профилактике и ответственности служб и систем здравоохранения, правда, касающиеся сельского населения. В Резолюции Межправительственной Европейской конференции (Испания, 1931), проведенной новой организацией Лиги Наций, в частности, говорилось, что «...эффективной в широком смысле слова может считаться та система общественного здравоохранения, которая организует медицинские службы таким образом, чтобы все население могло пользоваться всеми достижениями современной медицины с целью улучшения своего здоровья, выявления и лечения болезней в их начальной стадии» [1; 2]. Впоследствии эта формула стала основой стратегии ВОЗ и нашла свое подтверждение во многих важных документах этой авторитетной организации.

Еще одной международной организацией, имеющей отношение к вопросам здоровья, правда, в основном в контексте охраны труда, является Международная организация труда (МОТ), которая была создана также в 1919 г., но функционирует по сей день. В 30–40-е годы прошлого столетия МОТ занималась в основном частными исследованиями в области про-

фессиональных заболеваний. Принятие Кодекса стандартов промышленной гигиены (1933), запрещение использования в промышленности некоторых вредных для здоровья веществ и материалов (белый свинец, белый фосфор и др.), глубокое изучение проблем профессиональных болезней легких — результат деятельности МОТ.

Все изложенное свидетельствует о том, что в период с конца XIX в. до первой половины XX в. были сделаны значительные шаги по координации усилий и деятельности в области охраны здоровья населения, а также по созданию соответствующего законодательства на национальном и международном уровне. Во многих странах формировалась и росла убежденность, что государства должны нести ответственность за здоровье своих граждан, а это, в свою очередь, постепенно усиливало главную мысль: осознание здоровья как права человека.

Следует отметить, что параллельно с этим шли не менее важные процессы признания социальных прав человека на фоне повышения социальной ответственности общества в целом [3]. Первой страной, которая включила экономические, социальные и культурные права в свою Конституцию, стала Мексика (1917), за ней последовали бывший СССР (1918) и Веймарская республика (1919).

Кардинальным событием в области признания экономических, социальных и культурных прав человека можно считать речь президента США Ф. Рузвельта (1941) о «четырех свободах». Речь идет о так называемой «третьей» свободе, или свободе желаний, которая, безусловно, имеет четкое социально-экономическое значение. Сам Ф. Рузвельт объяснял эту свободу как «систему экономических принципов, которые обеспечивают каждому народу здоровую и мирную жизнь во всем мире». Он же позднее (1944) утверждал, что «истинная свобода индивида невозможна без экономической безопасности и независимости».

В целом «свобода желаний» может и должна рассматриваться как база, на которой обычно во всех международных договорах и конституциях государств формируется концепция социально-экономических и культурных прав. После второй мировой войны эти процессы стали реализовываться еще более активно и были закреплены в различных международных нормативных актах, а также во многих конституциях [4; 5].

Следующим важнейшим этапом на пути признания здоровья как одного из социально-экономических и культурных прав человека стала Конференция по международному устройству, проходившая под эгидой ООН в Сан-Франциско (США, 1945). Бразильская инициатива в виде специального меморандума, в котором медицина определялась как одна из опор мира, стала определяющей и для ст. 55 Устава ООН, где говорится, что «ООН должна способствовать решению международных экономических и социальных проблем, а также проблем, связанных со здоровьем людей». Кроме того, указанный меморандум стал основополагающим для принятия Декларации об учреждении ВОЗ [6]

¹ Государства — участники соглашения в Риме: Бельгия, Бразилия, Великобритания, Египет, Испания, Италия, Нидерланды, Португалия, США, Россия, Франция и Швейцария.

(инициатива Бразилии и Китая) как специального органа ООН, отвечающего за здравоохранение (ст. 57 Устава ООН).

Точкой отсчета в истории ВОЗ следует считать Нью-Йоркскую международную конференцию (США, 1946), где представителями 61 государства мира был подписан Устав ВОЗ (22.07.46), вступивший в силу практически только спустя два года (07.04.46).

В предисловии к этому документу впервые официально дано определение понятия «здоровье», а фактически права на здоровье как права на «...максимально возможный уровень физического, интеллектуального и социального благополучия», т. е. здоровье определяется не только физической, но и социальной, и духовной составляющими. В этом документе содержится еще несколько принципиальных моментов, в частности, указывается, что ответственность за здоровье людей несут, прежде всего, их государства через механизм социальных мер, а не их органы здравоохранения, как это часто ошибочно считается.

Обсуждая проблему здоровья и права человека на здоровье, необходимо сказать о значении самого термина «здоровье», истории его возникновения и эволюции понимания. В разные времена, эпохи, у разных народов, в разных религиях ученые, деятели и философы давали свою трактовку этого термина. Первоначально имела место более «узкая» концепция здоровья, которая через столетия обрела пока что окончательную форму определения (нынешний Устав ВОЗ).

Как известно, эта проблема в виде исторической эволюции понимания здоровья подробно описана Сигеристом (Н.Е. Sigerist). Вначале доминировала древнегреческая оценка здоровья как, прежде всего, физического с учетом определенного образа жизни и без психического компонента (Аристотель: «В том, что касается тела, совершенство есть здоровье в виде получения пользы от тела, не отягощенного болезнями»). Греческая направленность в определении здоровья носит, кроме того, явно индивидуальный характер. Римское понимание позднее захватывало не только физические, но и душевные аспекты здоровья. В дальнейшем на концепцию определения здоровья существенно повлияло христианство, которое принципиально сместило некоторые акценты, а именно определило переход от физических составляющих к духовным, — это первое. Второе и главное — здоровье признавалось как ценность, принадлежащая людям, а не индивидууму.

В своей монографии Н. Sigerist [7] пошел еще дальше, обозначив здоровье (кроме физического и духовного благополучия) еще и как социальное явление. Это, безусловно, повлияло в дальнейшем на принятие известной и существующей ныне формулировки ВОЗ, в которой здоровье (в духе сигеристской концепции) определяется следующим образом: «Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней. Доступность наивысших возможных стандартов здоровья является неотъемлемым правом каждого человека, независимо от его расы, вероисповедания, политических убеждений, материального или социального статуса в обществе».

Впоследствии это определение неоднократно вызвало определенную критику отдельных авторов из-за слишком «широкого», по их мнению, понимания и трактовки (отождествление или объединение здоровья с благополучием). Неоднократно предпринимались попытки обновления, уточнения формулировки понятия здоровья, но все они либо сужали существующее определение ВОЗ, либо уступали ему.

Необходимость правильного и единого толкования термина «здоровья» — абсолютно необходимое условие для понимания и формулирования права на здоровье как одного из основных прав человека, а также для формирования и проведения современной политики в области здравоохранения на национальном, региональном и глобальном уровне, с учетом все возрастающего значения здоровья как главной ценности человека и общества в целом.

В настоящее время права на жизнь и неприкосновенность личности, являясь по своей сути как бы субъективными, тем не менее имеют весьма конкретное и очень важное научное и практическое значение не только в дискуссиях, но и в документах по правам человека международного значения.

Каждый индивидуум по-разному ощущает свое здоровье и свое право на здоровье, но это право уже достаточно прочно закрепилось в международных нормативно-правовых актах по правам человека, в праве, а также на национальном уровне (в соответствующих разделах национальных конституций и отраслевых законах). Значение права на здоровье может постепенно сформироваться и путем многократного его применения в международной и национальной судебной или иной юридической практике. На основе международных документов, используя судебную практику и практику дискуссий по правам человека, необходимо постоянно совершенствовать результативность применения права человека на здоровье и разных элементов, составляющих это право.

Принципиальное значение имеет и проблема определения здоровья как права человека, его более точная дефиниция.

В специальной литературе по правам человека, в соответствующих разделах и статьях национальных конституций, а также в различных законах о здоровье используется достаточно большое количество различных определений: право на заботу о здоровье; право на охрану здоровья; право на медицинское обслуживание; право на медицинскую помощь; право на общественное здоровье; право на окружающую среду, которая сохраняет здоровье; государственные органы обязаны принимать меры по защите здоровья населения; право на максимально возможный уровень физического и духовного здоровья; право на доступ к системам профилактических мер и поддержка высоких стандартов защиты человеческого здоровья; право жить в условиях здоровой сбалансированной окружающей среды; право на возможность жить, владение здоровым телом и духом; право на минимальный уровень государственного медицинского обеспечения; право на достаточный уровень жизни; право на получение базового обеспечения; право на поддержку минимального уровня здоровой и культурной жизни; государство охраняет здоровье народа;

государство провозглашает священное право, по которому граждане получают медицинскую помощь, и т. п.

По данным Б. Тобес [2], на международном уровне более распространен термин «право на здоровье» (ПЗ), который более других соответствует всем международным нормативно-правовым актам по правам человека, определяющим здоровье как одно из таких прав.

По данным наших исследований¹, наиболее часто применяется термин «право на охрану здоровья» (ПОЗ), особенно в современных конституциях стран Европы и Азии. Вместе с тем, несмотря на абсолютное преимущество (по числу использования в национальной и международной практике) определений ПЗ и ПОЗ по отношению к остальным, все-таки ведется полемика преимущества первого над вторым. Высказываются следующие аргументы в пользу преимущества ПЗ: большая широта и конкретность, причем считается, что ПОЗ является лишь частью ПЗ. Кроме того, ПОЗ, по мнению некоторых специалистов, является менее финансово емким понятием, чем ПЗ, с точки зрения затрат на поддержание здоровья (проблема реального финансирования). Причина такого сужения заключается еще и в том, что термин «охрана» (защита) можно толковать либо очень узко, либо очень широко.

В международной практике определение «защита» обладает очень специфическим значением. Суть этого явления определяется так называемой тройственной классификацией обязательств, которая имеет существенные различия между такими обязательствами, как «защищать», «уважать» и «реализовывать» каждое право человека. Любое право человека включает в себя обязанность государства одновременно «уважать», «защищать» и «реализовывать» его. Обязанность «защищать» составляет один из трех типов обязанностей, которые исходят из самих прав человека, и, следовательно, имеет достаточно конкретное и ограниченное значение. В отношении ПЗ определение «обязанность защищать» предусматривает принятие органами власти конкретных мер по защите (охране) здоровья каждого человека от покушения на него третьих лиц.

Несмотря на все перечисленные доводы, право на защиту (охрану) здоровья следует считать совпадающим с правом на здоровье [8]. В связи с изложенным, по нашему мнению, выражения «право на здоровье» и/или «право на охрану здоровья» имеют аналогичный смысл, являются синонимами и не несут в себе никаких противоречий. В дальнейшем мы будем пользоваться ими как равноценными (ПЗ/ПОЗ).

В некоторых международных и национальных документах иногда еще шире определяют понятие ПЗ/ПОЗ, провозглашаются еще права на здоровую окружающую среду, защиту от профессиональных, психических, онкологических и других заболеваний, а также на здоровый образ жизни, физическое и духовное здоровье, спорт и др. Тем не менее, термин ПЗ/ПОЗ достаточно укрепился в международной практике, хотя некоторые авторы все же еще отмечают его определенную субъективность, поскольку в нем не учитывается

существующая разница между здоровьем разных индивидуумов, мужским и женским полом, возрастными группами, отдельными социальными группами на уровне стран и регионов, государств и континентов и т. д.

Существует несколько причин приоритетной правомерности использования термина ПЗ/ПОЗ. Нет необходимости говорить о них подробно, поэтому обозначим их коротко. Первая и основная — наилучшее соответствие этого термина международным документам, вторая — частота его использования на международном и национальном уровне; третья — широта и одновременно емкость и лаконичность самого понятия.

Другие определения, которые были приведены выше (право на заботу, уход, медицинскую помощь, медицинское обслуживание; максимальный или минимальный уровень здоровья, и/или медицинской помощи, и/или обслуживания и т. д.), по нашему мнению, либо ограничивают, либо сужают, либо не раскрывают полностью суть рассматриваемого права.

Таким образом, следует еще раз подчеркнуть, что термин ПЗ/ПОЗ надо признать оптимальным и заслуживающим широкого использования.

Вместе с тем необходимо отметить, что ПЗ/ПОЗ априори не может включать в себя в обязательном порядке наличие абсолютного или просто хорошего здоровья каждого отдельно взятого человека. Это право не является таковым в вопросе быть или не быть здоровым, иметь или не иметь здоровье. Не может ПЗ/ПОЗ являться и правом для использования абсолютно всех достижений медицины. Это право должно только гарантировать равный доступ к определенному количеству услуг и объемов сферы и сети здравоохранения, а также требований и свобод, связанных с медициной и охраной здоровья.

В целом анализ рассмотренных материалов дает основание сделать следующие выводы.

В течение последнего столетия в мире сформировалось понимание здоровья как основной ценности человека и общества.

В последние несколько десятилетий сформировалось необходимое и важное понятие ПЗ/ПОЗ и этот термин стал наиболее часто применяемым в национальном и международном законодательстве, юридической и медицинской практике.

Широкое понимание и применение термина ПЗ/ПОЗ имеет исторические корни и заключается в том, что для развития, поддержания и улучшения общественного здоровья необходимо прежде всего улучшать все его основные предпосылки (здоровая окружающая среда, чистая питьевая вода, достаточное и правильное питание, гигиена, санитария и др.).

В настоящее время еще существует некоторая недооценка и более низкий юридический статус социально-экономических и культурных прав человека, в том числе и ПЗ/ПОЗ, по сравнению с оценкой и статусом его гражданских и политических прав. Правовой статус применения ПЗ/ПОЗ все еще остается недостаточным, а его практическое применение — неэффе-

¹ Проанализированы основные международные нормативно-правовые документы ООН, ВОЗ, Европейского союза, а также конституции 60 стран Азии, Америки и Европы.

тивным. Поэтому международным организациям, директивным органам стран, общественным и медицинским организациям разного уровня необходимо активизировать свою деятельность, направленную на утверждение ПЗ/ПОЗ как одного из основных прав человека.

Литература

1. Материалы Межправительственной Европейской конференции по сельской жизни.— Мадрид, 1931.
2. *Тобес Б.* Право на здоровье: теория и практика.— М.: Устойчивый мир, 2001.— 349 с.
3. *Иваненко В. А., Иваненко В. С.* Социальные права человека и социальные обязанности государства.— С.Пб: Юр. центр «Пресс», 2003.— 404 с.
4. *Лукашова Е. А.* Права человека: Учебник для вузов.— М.: Норма-инфра, 1999.— 573 с.
5. Международные акты о правах человека: Сб. док.— М.: Норма-инфра, 1998.— 784 с.
6. Первые десять лет Всемирной организации здравоохранения.— Женева: ВОЗ, 1958.
7. *Sigerist H. E.* Medicine and Human Welfare.— New Haven; London: Yale university Press/Oxford university Press, 1941.
8. Европейская социальная хартия (ЕСХ), ст. 11.

Поступила 04.06.2003

HEALTH AS A HUMAN RIGHT: HISTORICAL ASPECTS

V.F. Moskalenko

Summary

Main historical stages of development of the human right to health and transformation of the concept «health» are featured. The author concludes about the necessity to establish the right to health/right to health protection as one of basic human rights.