

ОСНОВНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ГОСУДАРСТВ – УЧАСТНИКОВ МЕЖДУНАРОДНЫХ ДОГОВОРОВ О СОБЛЮДЕНИИ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

Аннотация. Автор обосновывает вывод о том, что правовые и социальные обязательства государств – участников Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.) по обеспечению ключевого права каждого человека на здоровье должны рассматриваться в тесной увязке с обязательствами по защите других прав и свобод, признаваемых в рамках международно-правовых документов. Государственные меры по осуществлению того или иного права должны быть конкретными и как можно более четко нацеленными на выполнение обязательств, признанных в пактах.

Ключевые слова: качество и доступность здравоохранения, государственные гарантии бесплатной медицинской помощи, обязательства государства по обеспечению и защите прав человека.

KOLESOVA Natalia Sergeevna,
candidate of legal Sciences, senior researcher of the sector
of human rights, Institute of state and law of RAS

CORE OBLIGATIONS OF STATES PARTIES TO THE INTERNATIONAL TREATIES IS SUBJECT TO THE RIGHT TO HEALTH

Abstract. The author concludes that legal and social obligations of the States parties to the International Covenant on economic, social and cultural rights (1966) key to ensure the right of every person to health should be considered in close conjunction with the obligation to protect other rights and freedoms recognized in international legal documents. State measures for the implementation of a right should be specific and as clearly as possible towards meeting the obligations recognized in the covenants.

Keywords: quality and accessibility of health care, the state guarantees of free medical care, the state's obligations to ensure and protect human rights.

Многие социальные вызовы – бедность, ухудшение экологической обстановки, неопределенность перспектив развития для будущих поколений – выступают серьезным препятствием для осуществления прав человека и, как следствие, заставляют мировое сообщество реально заниматься их преодолением. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах имеет особое значение для понимания природы правовых и социальных обязательств участвующих сторон, ибо каждое государство обязуется «принять в максимальных пределах имеющихся ресурсов» и «всеми надлежащими способами»

ми» комплекс мер, призванных постепенно обеспечить осуществление признаваемых в настоящем пакте прав (включая право на здоровье). Это дает основание утверждать, что осуществление соответствующих прав может достигаться и посредством подписания и ратификации государствами – участниками международных и региональных документов, как и создания на основе универсальных, зафиксированных в международных пактах механизмов национальных систем защиты прав и свобод.

Декларируемые в рамках рассматриваемого Пакта так называемые права «второго поколения», в числе которых важ-

нейшим является право на здоровье, – это, по сути, права на жизнь достойного уровня, подразумевающие достижение определенных социально-экономических стандартов. Необходимость повышения такого ключевого социального стандарта, как качественное здравоохранение, является более чем актуальным вызовом, с которым сталкиваются многие государства.

Серьезные проблемы, стоящие перед отечественным здравоохранением, требуют детального изучения, с опорой на международный опыт и универсальные международные стандарты, роль государства в осуществлении стратегического руководства системой здравоохранения. Пакт содержит развернутую статью (ст. 12), согласно которой государства-участники признают право каждого человека на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» и берут на себя обязательство принимать для этого комплексные меры. Основополагающий характер упомянутой статьи находит отражение в том, что по смыслу Пакта из признания тем или иным государством права на здоровье вытекает обязательство создать адекватную систему здравоохранения, обеспечивающую людям равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья и достойному уровню жизни.

Как считает директор Института демографии А.Г. Вишневский, к появлению современных систем здравоохранения, «основной смысл которых в том, чтобы добиваться улучшения и продления жизни всего населения», привели расширяющиеся возможности эпидемиологического контроля [1]. Очевидно, что формула «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» предполагает стремление конкретного индивида к достижению максимально высоких показателей биологического состояния собственного здоровья с учетом генетических факторов, предрасположенности к определенным заболеваниям, ведения им здорового (или, напротив, нездорового) образа жизни и других факторов риска. В этом контексте под правом на здоровье понимается право человека использовать учреждения (больницы, поли-

клиники, фельдшерские пункты), как товары и услуги в области охраны здоровья.

Право на здоровье, включая спектр социально-экономических факторов, создающих условия для здоровой и безопасной жизни, должно вместе с тем рассматриваться в контексте многих других прав и свобод. В их числе право на жизнь и личную неприкосновенность; право на достаточный жизненный уровень, включая пищу, воду,¹ одежду, жилище; свобода от бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания; экологическая безопасность и право на здоровую окружающую среду. Иными словами, право на здоровье следует рассматривать в сочетании с другими закрепленными в международных пактах правами, прежде всего с правом на жизнь и человеческое достоинство. Вместе с тем улучшение социально-экономических условий в широком смысле – развитие экономики страны, обеспечение равноправия полов и права на образование, равно как и безопасных условий труда, – само по себе является предпосылкой для эффективной реализации права на здоровье.

Следовательно, все большее значение приобретает национальная политика государств – участников Пакта, предполагающая не только принятие внутригосударственных законов и основ стратегической политики в сфере здравоохранения, но и постоянное наращивание инвестиций в здравоохранение, главным образом посредством разработки специальных социальных программ и охраны окружающей природной среды.

Использование имеющихся у государства экономических и финансовых ресурсов для обеспечения адекватного доступа населения к основополагающим *предпосылкам* здоровья – безопасной питьевой воде и продовольствию, как и соответствующим медико-санитарным услугам и ле-

¹ Несмотря на то что в числе прав, имеющих определяющее благотворное влияние на условия жизни и здоровье населения, фигурируют «достаточное питание, одежда и жилище» (п. 1 ст. 11 Пакта), к категории такого же рода гарантий, безусловно, относится и право человека на безвредную и качественную воду.

карственным средствам, трудно переоценить. Тем не менее, социально ответственное государство должно стремиться и к тому, чтобы обеспечить доступ населения к современному просвещению и информации, касающихся вопросов здоровья (главным образом, в целях предупреждения злоупотребления потреблением алкоголя, табака, наркотиков и других вредных для здоровья веществ). Элементом такой политики является, в частности, идентификация опасных материалов и производственных процессов, т.е. предоставление трудящимся соответствующей информации и обеспечение, при необходимости, адекватной защитной одежды и оборудования. Кроме того, современная государственная политика в сфере охраны здоровья предполагает приоритет профилактического и информационно-пропагандистского аспектов, что соответствует государственному подходу, ориентированному не на отдельных индивидов, а на целые группы людей.

Нормативное толкование ст. 12 Пакта предполагает наличие в праве на здоровье ряда ключевых элементов. Это право каждого человека на контроль над своим здоровьем в целях его сохранения и поддержания долголетней активной жизни; получение медицинской помощи и медицинского ухода в случае утраты здоровья; репродуктивная свобода; право не подвергаться без свободного согласия медицинским или научным опытам, что перекликается с п. 2 d) ст. 12 Пакта – созданием условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни (физической или психической). Указанные условия предполагают обеспечение равного и своевременного доступа не только к информации о вопросах охраны здоровья, но и к базовым профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам на всех трех уровнях медицинской помощи².

² Имеется в виду универсальное деление медико-санитарной помощи в зависимости от степени ответственности медицинских работников и сложности медицинских вмешательств на первичную, вторичную и третичную (высокоспециализированную) медпомощь. Первичная медпомощь яв-

Согласно Пакту (п. 2 ст. 2), государства «обязуются гарантировать», что соответствующие права будут осуществляться «без какой бы то ни было дискриминации». Важно понимать, что основное закрепленное в Пакте условие сводится к тому, что каждый человек без какой-либо дискриминации³ должен иметь право на охрану здоровья, что в первую очередь касается самых уязвимых групп населения (лиц с ограниченными возможностями здоровья, ВИЧ-инфицированных, пожилых людей, детей и этнических меньшинств). Указанный аспект напрямую соотносится не только с необходимостью обеспечить равный доступ к здравоохранению и медицинскому обслуживанию, но и с вытекающей отсюда проблемой платной и бесплатной медицины.

Как показывает практика, в РФ в условиях сокращения объемов государственного финансирования здравоохранения часть расходов на медицинские нужды перемещается на население и работодателей. Данные государственной статистики свидетельствуют о высоких темпах роста (1) взносов физических и юридических лиц на добровольное медицинское страхование (ДМС) и (2) объемов предоставления населению платных медицинских услуг [6].

С одной стороны, нельзя не согласиться с тем, что в любой стране альтернативные государственным частные лечебно-профилактические учреждения быстрее приспособляются к новым хозяйственным условиям, внедряют современные управленческие принципы и организационные формы, активно используют в медико-диагностическом процессе современные медицинские технологии. Как показывает опыт, в силу указанных причин, по доступности и качеству предоставляемых лечебно-диагностических и сервисных услуг учреж-

ляется центральной функцией и основным звеном системы здравоохранения любой страны.

³ Запрещается дискриминация по признаку национального (или социального) происхождения (п. 2 ст. 2) или иных обстоятельств (например, состояния здоровья; физических или психических недостатков; статуса, определяющего средства и возможности для получения услуг здравоохранения, и др.).

дения частной медицины нередко выгодно отличаются от государственных медицинских учреждений [3].

Результаты российских социологических исследований в целом свидетельствуют о том, что оплата населением медицинской помощи, бесплатное предоставление которой гарантируется законом (п. 1 ст. 41 Конституции РФ), становится массовой практикой в российской действительности, причем так называемая теневая оплата является ее важной составляющей. Более того, как считают некоторые аналитики, растущая доля платных медицинских услуг «вышла за все разумные пределы»: если в европейских странах доля частных средств составляет 24%, то в современной России – 40–50% [2].

При этом право на бесплатную медицинскую помощь остается наиболее значимым для всех возрастных групп, а также для всех групп по уровню образования и доходов. В то же время в ходе соцопросов право на охрану здоровья и медицинскую помощь отмечается как наиболее часто нарушаемое. Думается, что это объясняется не только количественными показателями, но в первую очередь тем, что нарушения в сфере охраны здоровья переживаются людьми наиболее остро, поскольку противоречат базовым представлениям о справедливом устройстве общества.

Недоступность для значительной части населения платных медицинских услуг, являясь острой отечественной проблемой, ведущей к распространению практики вынужденного отказа от лечения, требует скорейшего принятия закона федерального уровня «О государственных гарантиях оказания бесплатной медицинской помощи» [5]. Этот акт, как представляется, должен содержать не только концепцию формального разграничения платных и бесплатных медицинских услуг, но и регламентацию усовершенствованных методов контроля над распределением государственных финансовых потоков в сфере здравоохранения в комбинации с четким перечнем бесплатных медицинских услуг.⁴

⁴ Как известно, ежегодно принимаемые программы государственных гарантий медицинских

Из сказанного выше следует, что учреждения, товары и услуги в области здравоохранения должны быть де-юре и де-факто доступны всем без какой-либо дискриминации по любому из запрещенных признаков. Однако даже в странах с относительно высоким уровнем жизни, как показывает практика, дискриминационными чертами нередко характеризуется отношение к инвалидам. Это значит, что инвалиды лишены возможности в полной мере пользоваться всеми экономическими, социальными и культурными правами, признанными в Пакте. Поэтому содержание государственной политики, направленной на социальную поддержку людей с ограниченными возможностями здоровья, заслуживает краткого рассмотрения. Важно понимать, что, хотя в Пакте речь не идет о конкретных лицах с какой-либо формой инвалидности, указанные лица имеют четко определенное право пользоваться всем диапазоном признанных в Пакте прав, ибо положения этого международного документа в полной мере относятся ко всем членам общества.

В рамках отечественной правовой системы принцип недискриминации инвалидов защищен законом. Применительно к лицам с какой-либо формой инвалидности государственная программа «Доступная среда» (2011–2020 гг.) ориентирована на принятие мер к тому, чтобы наделить инвалидов равными с другими гражданами возможностями для достижения независимости, а также в реализации гражданских, политических и экономических прав и свобод. В целях исключения дискриминации по признаку инвалидности и максимально возможной интеграции инвалидов в общество в рамках упомянутой программы предусматривается поэтапное внедрение конкретных требований и критериев доступности для инвалидов государственных и муниципальных услуг во всех областях жизнеобеспечения (транспорта, культуры, информации, здравоохранения, образования, связи, жилищно-коммунального хозяйства).

услуг, которые население получает в рамках ОМС, по сути, представляют собой лишь подушевой норматив финансового обеспечения.

В части обеспечения доступности для инвалидов различных объектов и услуг следует указать на новый Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов». С учетом положений международно-правовых документов данным нормативным актом в Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» введена чрезвычайно важная норма (п.1 ст. 3) о недопустимости дискриминации по признаку инвалидности и сформулировано определение данного вида дискриминации [4].

В Пакте об экономических, социальных и культурных правах (п. 2 ст. 12) перечисляются конкретные шаги, призванные способствовать осуществлению права на здоровье. Обеспечение «сокращения смертности и детской смертности и здорового развития ребенка» (в редакции п. 2 а) ст. 12) в современной России трактуется как необходимость принятия ряда первоочередных мер, в их числе: улучшение качества услуг в области здоровья матери и ребенка⁵; дальнейшее снижение младенческой и детской смертности наряду с общим повышением уровня рождаемости; расширение вакцинации детей и внедрение программы иммунизации в качестве стратегии борьбы с инфекционными заболеваниями; значительное сокращение количества пациентов, приходящихся на одного врача, и т.д.

Проведенный анализ подводит к заключению, что по смыслу п. 1 ст. 2 Пакта способами, которые государствам следует использовать для принятия мер, способствующих обеспечению и защите признаваемых пактами прав, являются «все надлежащие способы, включая, в частности, принятие законодательных мер». При этом очевидно, что при наличии задачи по существенному повышению качества и дос-

тупности медицинской помощи достижение в том или ином государстве лишь необходимого уровня нормативно-правового регулирования (включая конкретизацию и законодательное закрепление государственных гарантий бесплатной медицины), одновременно не сопровождаемое кардинальным улучшением правоприменительной практики, представляется малоэффективным.

Список литературы:

- [1] *Вишневский А.Г.* Новая эпидемиологическая модель и здравоохранение // Демоскоп-Weekly (электронная версия бюллетеня «Население и общество»). 2015. № 653, 654 (demoscope@demoscope.ru).
- [2] *Кувшинова О.* Две России // Ведомости. 2011. 11 апреля.
- [3] *Муслимов М.И.* Медико-социальная характеристика потребителей услуг частной медицинской организации // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2013. № 2 (30) // <http://vestnik.mednet.ru>.
- [4] Российская газета. Федеральный выпуск. 2014. № 6550. 5 декабря.
- [5] Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» // Российская газета. Федеральный выпуск. 2010. № 5353. 3 декабря.
- [6] <http://www.gks.ru>.

Spisok literatury:

- [1] *Vishnevskij A.G.* Novaya e'pidemiologicheskaya model' i zdravooxranenie // Demoskop-Weekly (e'lektronnaya versiya byulletenya «Naselenie i obshhestvo»). 2015. № 653, 654 (demoscope@demoscope.ru).
- [2] *Kuvshinova O.* Dve Rossii // Vedomosti. 2011. 11 aprelya.
- [3] *Muslimov M.I.* Mediko-social'naya xarakteristika potrebitelej uslug chastnoj medicinskoj organizacii // E'lektronny'j nauchny'j zhurnal «Social'ny'e aspekty' zdorov'ya naseleniya». 2013. № 2 (30) // <http://vestnik.mednet.ru>.
- [4] Rossijskaya gazeta. Federal'ny'j vy'pusk. 2014. № 6550. 5 dekabrya.
- [5] Federal'ny'j zakon ot 29 noyabrya 2010 g. № 326-FZ «Ob obyazatel'nom medicinskom straxovanii v RF» // Rossijskaya gazeta. Federal'ny'j vy'pusk. 2010. № 5353. 3 dekabrya.
- [6] <http://www.gks.ru>.

⁵ Наряду со строительством современных перинатальных центров.