История развития права на здоровье в современном международном праве

Зебинисо Алишер кизи Амонова
zebinisoamonova1206@gmail.com
Ташкентский государственный юридический университет

Аннотация: Статья посвящена комплексному исследованию основных концепций права на здоровье в современном международном праве. Автор анализирует основные концепции права на здоровье, а также международные нормы в современном международном праве с учётом их актуальности для Республики Узбекистан. Освещаются принципы доступности, качества, недискриминации и приемлемости медицинской помощи. Рассматриваются исторические предпосылки, положения Устава Лиги Наций, создание Организации здравоохранения Лиги Наций (ОЗЛН) в 1920 году, а также влияние Второй мировой войны на формирование концепции социальных прав. Отмечаются современные вызовы, включая последствия пандемии COVID-19, усиливающееся неравенство и трудности имплементации данного права. Приводится пример Узбекистана как страны, где, несмотря на правовые гарантии, реализация права на здоровье сталкивается с системными барьерами. На основе проведённого анализа предложена необходимость укрепления международного сотрудничества и межотраслевого подхода для построения устойчивого здравоохранения в Республике Узбекистан. Работа базируется на международных источниках и актуальных аналитических данных.

Ключевые слова: право на здоровье, международное право, Всемирная организация (ВОЗ), Лига Наций, Республика Узбекистан, социальные права, декларации ООН, пандемия

The history of the development of the right to health in contemporary international law

Zebiniso Alisher kizi Amonova
zebinisoamonova1206@gmail.com
Tashkent State University of Law

Abstract: The article presents a comprehensive study of the main concepts of the right to health in contemporary international law. The author analyses key approaches to the right to health, as well as international legal norms, taking into

(cc) BY

account their relevance for the Republic of Uzbekistan. The principles of accessibility, quality, non-discrimination, and acceptability of medical care are examined. Historical prerequisites are explored, including the provisions of the Covenant of the League of Nations, the establishment of the League of Nations (HOLN) in 1920, and the influence of World War II on the development of the concept of social rights. Modern challenges are highlighted, including the consequences of the COVID-19 pandemic, growing inequality, and obstacles to the effective implementation of this right. The case of Uzbekistan is presented as an example of a country where, despite legal guarantees, the realization of the right to health faces systemic barriers. The article emphasizes the need to strengthen international cooperation and intersectoral approaches to build sustainable healthcare in Uzbekistan. The study is based on international sources and up-to-date analytical data.

Keywords: right to health, international law, World Health Organization (WHO), League of Nations, Republic of Uzbekistan, social rights, UN declarations, pandemic

С развитием современной международной практики, право на здоровье стало значительно актуальным на сегодняшний день, как правило, его признают государства, данную концепцию продвигают международные организации, а также исследуют в научной среде. Более того, заметный рост внимания к праву на здоровье значительно усилился в различных сферах, таких как политической, социальной, институциональной, правовой и медицинской. В том числе, это направление приобретает всё большее значение и в Республике Узбекистан, где внимание к вопросам охраны здоровья человека, правового регулирования медицинской помощи и обеспечения справедливости в доступе к ней активно растёт в научных и правительственных кругах [1. 529-549 p.].

Право на здоровье, как правило, не рассматривается только как доступ к лечению. Оно стало важной частью международного права, особенно с учётом таких глобальных угроз, как пандемии, экологические кризисы, миграция и социальное неравенство. Всё это говорит о том, что необходимо заново осмыслить, как именно право на здоровье должно защищаться и реализовываться.

Хотя это право закреплено во многих ключевых международных документах, его имплементация во многих странах по-прежнему сталкивается с серьёзными трудностями. Это подчёркивает необходимость более глубокого анализа тех подходов и идей, которые лежат в основе понимания права на здоровье и определяют его применение в международной правовой практике.

(cc) BY

Следует отметить, что в рамках государственных систем эффективная конституционная защита прав на здоровье встречается крайне редко. Это утверждение справедливо и для Республики Узбекистан. Несмотря на то, что право на охрану здоровья закреплено в статье 40 Конституции Республики Узбекистан (ред. 2023 года), его реализация на практике сталкивается с рядом существенных ограничений. Одним из показательных примеров является ограниченный доступ граждан к механизмам судебной защиты при нарушении их медицинских прав.

Как правило в научной литературе представлены различные подходы и концепции, направленные на определение права на здоровье. Например, как подчёркивает профессор Джон Тобин, на сегодняшний день право на здоровье обсуждается не только в правовой, но и политической сфере. Оно включает в себя не только доступ к лечению, но и такие важные вопросы, как справедливое распределение ресурсов, защита прав уязвимых групп и регулирование цен на лекарства. По его мнению, это право связано с общественными интересами и основано на идее человеческого достоинства и равного доступа каждого человека к возможностям сохранить здоровье [2. 54-55 pp.].

Специальный докладчик ООН по праву на здоровье, П. Хант [3], в своих работах акцентирует внимание на концепции трёхуровневых обязанностей государств: уважать, защищать и обеспечивать. Эта модель стала основой для многих правовых систем и подчёркивает, что реализация права на здоровье требует не только финансирования и инфраструктуры, но и политической воли, прозрачности, подотчётности и устранения структурных барьеров.

В свою очередь, В. Лири вводит в правовой оборот идею о том, что здоровье-это не только индивидуальное благо, но и коллективное обязательство [4. 24-56 pp.]. Она рассматривает право на здоровье как динамичную категорию, находящуюся в постоянной эволюции, зависящую от культурных, экономических и политических контекстов.

Безусловно, одним из первых серьёзных толчков к интернационализации права на здоровье стала Первая мировая война. Хотя Лига Наций, основанная в 1919 году, изначально не делала акцента на правах человека, в её Уставе уже содержались положения, направленные на улучшение общественного здоровья. В частности, статья 23 обязывала государства обеспечивать безопасные условия труда и участвовать в борьбе с болезнями, а статья 25 подчёркивала важность поддержки Красного Креста в профилактике заболеваний и помощи нуждающимся [5].

Следует также отметить, что создание в 1920 году Организации здравоохранения Лиги Наций (ОЗЛН) стало важным шагом международного сотрудничества в здравоохранении. Она занималась не только борьбой с

(cc) BY

эпидемиями, но и вопросами санитарии, медицинского образования и социальной медицины, что стало ранним признанием зависимости здоровья от социальных факторов [6]. Хотя Лига Наций не смогла обеспечить глобальную безопасность, её опыт в здравоохранении стал фундаментом для будущих международных структур. Значимым достижением стало принятие Декларации прав ребёнка в 1929 году [7], где были закреплены права детей на питание, медицинскую помощь и защиту в целом. Этот документ заложил основу для Конвенции о правах ребёнка 1989 года.

Во время Второй мировой войны президент США Франклин Д. Рузвельт предложил концепцию «Четырёх свобод», среди которых была и свобода от материальной нужды. Эта идея послужила основой нового подхода к роли государства как гаранта не только гражданских, но и социальных прав. По сути, доступ к медицинской помощи, социальному обеспечению и экономической безопасности стал восприниматься не как проявление благотворительности, а как неотъемлемое право каждого человека. Более того, в том же Уставе Всеобщей организации здравоохранения (ВОЗ) была заложена идея, которая впоследствии легла в основу всех последующих нормативных актов [8. 1 р.].

Ключевым этапом интернационализации права на здоровье стало создание ВОЗ в 1946 году. В преамбуле её Конституции впервые было закреплено право каждого человека на «наивысший достижимый уровень здоровья». Это положение стало ключевым в развитии международного права [9].

Спустя два года, в 1948 году, эта позиция получила подтверждение в статье 25 Всеобщей декларации прав человека, здоровье было впервые связано с правом на достойный уровень жизни, включая доступ к пище, жилью, медицинским услугам и социальной поддержке. Это стало важным шагом, поскольку здоровье начали рассматривать не только как медицинскую, но и как социальную категорию [10].

Следовательно, в 1966 году был принят Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах [11]. И если декларации скорее задавали ориентиры, то Пакт стал правовым инструментом, в котором статья 12 обязывала государства реализовывать право на здоровье через конкретные действия, включая профилактику, лечение и построение полноценной системы здравоохранения.

В период с 1970-х по 1990-е годы международные стандарты в области права на здоровье значительно развились, обрели реальную глубину и социальную направленность. Один из ключевых рубежей-Алма-Атинская декларация 1978 года [12]. В ней здоровье было впервые признано не только медицинской услугой, но и результатом комплексной государственной и социальной политики. Цель «Здоровье для всех к 2000 году» выглядела тогда

(cc) BY

значимой, она определила основное направление, где первичная медико-санитарная помощь была признана ключевым элементом в реализации права на здоровье.

Декларация акцентировало внимание не на лечение, а профилактику и устранение социальных причин заболеваний, нищеты, неграмотности, антисанитарии. Тем самым право на здоровье обрело более прикладной, структурный смысл, оно стало связано с образованием, окружающей средой и условиями жизни.

Параллельно происходило развитие правовых стандартов в отношении уязвимых групп. В 1979 году была принята Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин [13]. Она впервые ввела в международный правовой оборот концепцию репродуктивного здоровья как элемента прав человека и обязала государства гарантировать женщинам равный доступ к медицинским услугам.

В 1989 году вектор усилился с принятием Конвенции о правах ребёнка [14]. Это был не просто гуманитарный документ, а юридически обязывающий акт, закрепляющий право каждого ребёнка на максимально достижимый уровень здоровья. Конвенция впервые комплексно обозначила взаимосвязь медицинской помощи с социальными, экономическими и культурными условиями жизни детей. Документ охватывал широкий спектр обязательств государств начиная от обеспечения доступа к качественному лечению и вакцинации до санитарного просвещения, создания безопасной окружающей среды, доступа к чистой воде, полноценному питанию и психосоциальной поддержке.

Соответственно, важно подчеркнуть, что окончание Холодной войны послужило благоприятным условием для признания взаимосвязи всех прав человека, что было подтверждено на Венской конференции 1993 года. В частности, на Всемирной конференции по правам человека в Вене в 1993 году была официально признана их неделимость [15. 8 p.]. Хотя Узбекистан не был государством-участником Венской конференции 1993 года как член Организации Объединенных Наций (ООН) (в силу вступления всего за год до этого), он неоднократно подтверждал приверженность её положениям в официальных документах, в частности в отчётах перед Комитетом ООН по правам человека и Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам (ЭСКП), это главным образом подчёркивается в национальном докладе Узбекистана, который был представлен в рамках 44-й сессии Универсального периодического обзора (УПО) Совета ООН по правам человека в 2023 году [16. 3 p.].

(cc) BY

В современном понимании право на здоровье включает не только доступ к медицинской помощи, но и ряд других компонентов. Е.Т.Ричардсон и Р.Хэммонд выделяют следующие основные элементы: доступность медицинских услуг, включая их физическую и экономическую доступность; приемлемость услуг с точки зрения культурных и этических норм; качество медицинской помощи; недискриминация в доступе к здравоохранению; право на информацию, связанную со здоровьем; участие в принятии решений, касающихся здоровья; доступ к цифровым медицинским технологиям [18. 266-272 pp.]. Эти компоненты, как правило, составляют основу для оценки соблюдения права на здоровье на национальном и международном уровнях.

Тем не менее, несмотря на положительное мнение некоторых исследователей, утверждать, что все препятствия для реализации права на здоровье устранены, преждевременно. Согласно мнению Дж. Харрингтона и М. Статтафод, право на здоровье заняло своё место в политике и социальной сфере, но при этом реальное воздействие этого права по-прежнему остаётся весьма ограниченным несмотря на то, что оно занимает место в деятельности ООН и региональных органов по правам человека, а также в национальных судах и парламентах [19. 1 p.].

Согласно данным, статус и значимость этого права гораздо менее устойчивы, чем можно было бы ожидать. В качестве примера можно привести масштабные дебаты по реформе здравоохранения в США в 2009-2010 гг, Хотя, кандидат Барак Обама и поддержал идею права на здравоохранение, уже в должности Президента он предпочёл обосновывать реформу принципами экономической эффективности и устойчивости. В своей речи от 9 сентября 2009 года перед Конгрессом он подчеркнул необходимость действий, заявив:

«Время споров прошло. Время игр закончилось. Сейчас-сезон действий…Сейчас-время реализовать реформу здравоохранения» [20].

При этом он говорил о моральной ответственности и защите семей от произвола страховых компаний, но напрямую не формулировал здравоохранение как юридическое право.

В Австралии же, несмотря на признание связи между здоровьем и правами человека, идея права на здоровье была явно исключена из обсуждений реформы здравоохранения в 2011 году [21. 6-7 pp.]. Следует отметить, что, хотя в Австралии политики признают взаимосвязь между здоровьем и правами человека, идея права на здоровье была явно отсутствующей при разработке реформ системы здравоохранения в 2011 году [22]. Аналогично, в Соединенном Королевстве право на здоровье не было включено в список из 10 принципов, лежащих в основе его глобальной стратегии в области здравоохранения [23]. Более того, по мере того как приватизация здравоохранения приобретает всё

(cc) BY

большую роль в предоставлении медицинских услуг внутри государств, мало что указывает на то, что влияние этого процесса на реализацию права на здоровье было учтено.

В дальнейшем, в 2021 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) утвердила обновленную глобальную стратегию по реализации права на здоровье. Эта стратегия отразила последствия и вызовы пандемии COVID-19 и подчеркнула необходимость комплексного подхода к здравоохранению, устранения системных неравенств и укрепления глобальной солидарности. Особый акцент сделан на необходимости согласованных действий между секторами, усилении национальных систем здравоохранения и участии уязвимых групп в принятии решений, касающихся их здоровья, в условиях таких глобальных вызовов, как пандемии, изменение климата и гуманитарные кризисы.

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что, несмотря на закрепление данного права в ключевых международных документах, его имплементация во многих странах, включая Республику Узбекистан, по-прежнему сталкивается с серьёзными трудностями. Это подчёркивает необходимость всестороннего анализа концептуальных подходов к праву на здоровье и механизмов его реализации в международной правовой системе с учётом национальных особенностей и потребностей Узбекистана.

На мой взгляд, представляется целесообразным в дальнейшем сосредоточить усилия на:

- усиление международного сотрудничества, что позволит учитывать лучшие практики реализации права на здоровье и обеспечит согласованность подходов.
- поэтапном совершенствовании национальной нормативно-правовой базы в соответствии с международными стандартами.
- развитие межотраслевых стратегий, в первую очередь в сферах образования, экологии и цифровых технологий, поскольку именно они создают устойчивую среду для охраны здоровья.

Такой подход может способствовать более полной и эффективной реализации права на здоровье в условиях глобальных вызовов.

Использованная литература

1. Council of Australian Governments (2011). National Health Reform Agreement. Canberra: COAG. Available at: https://federalfinancialrelations.gov.au

2. Decree of the President of the Republic of Uzbekistan. (2017). On the Strategy for Action on the Further Development of the Republic of Uzbekistan. Collection of legislation of the Republic of Uzbekistan, № 6 (766), Article 70.

(cc) BY

3. Gostin, L.O., Karim, S.A. and Mason Meier, B. (2020). 'Facilitating Access to a COVID-19 Vaccine through Global Health Law', The Journal of Law, Medicine & Ethics, 48(3), pp. 622-626. Vienna Declaration and Programme of Action (1993). World Conference on Human Rights. para. 8.

4. HM Government (2023). Global Health Framework: Working Together Towards a Healthier World. London: Department of Health and Social Care.

5. Hunt, P. (2006). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/61/338. United Nations General Assembly.

6. Hurrington, J. and Stuttaford, M. (2010). 'Introduction', in Hurrington, J. and Stuttaford, M. (eds) Global Health and Human Rights. London: Routledge, p. 1.

7. Leary, V.A. (1994). 'The Right to Health in International Human Rights Law', Health and Human Rights, 1(1), pp. 24-56.

8. League of Nations (1929). Declaration of the Rights of the Child (Geneva Declaration). Geneva: League of Nations.

9. Moodie, R. (2011). 'Public health and health reform in Australia: what happened to population health?', Medical Journal of Australia, 194(1), pp. 6-7.

10. Obama, B. (2009). Remarks by the President on Health Care Reform. The White House Archives.

11. Patterson, D., London, L. and Kisting, S. (2015). 'Human rights-based approaches and the right to health: A review of the literature and international law', International Journal of Human Rights, 19(4), pp. 529-549.

12. Richardson, E.T. and Hammond, R. (2023). 'Decolonizing the Right to Health: A Critical Analysis of International Legal Standards', American Journal of Public Health, 113(3), pp. 266-272.

13. Tobin, J. (2012). The Right to Health in International Law. Oxford: Oxford University Press, pp. 54-58. League of Nations (1920). Covenant of the League of Nations. Geneva: League of Nations.

14. United Nations (1948). Universal Declaration of Human Rights. General Assembly resolution 217 A (III), 10 December.

15. United Nations (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Assembly resolution 2200A (XXI).

16. United Nations (1979). Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW).

17. United Nations Human Rights Council (2023). National Report submitted in accordance with paragraph 5 of the annex to Human Rights Council resolution 16/21: Uzbekistan. A/HRC/WG.6/44/UZB/1.

18. World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO. 1 p.

(cc) BY

19. World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization.

20. World Health Organization (1978). Alma-Ata Declaration on Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September.

21. World Health Organization (2008). International Health Regulations: Learning from the history of the international sanitary conventions and the League of Nations Health Organization. Geneva: WHO.

22. World Health Organization (2021). Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022. Geneva: WHO.

(cc) BY