

ROBERT TABASZEWSKI*

Ewolucja zdrowia jako kategorii prawnej w systemie ochrony praw człowieka Rady Europy¹

Uwagi wstępne

Zdrowie jako wartość szczególnie cenna dla każdego człowieka, jak również powszechne dobro publiczne o niewymiernym znaczeniu, zostało objęte dynamiką normatywizacji w systemie Rady Europy (RE) od samego początku istnienia tej organizacji. Celem artykułu będzie ukazanie zdrowia jako kategorii prawnej w systemie prawnym tej organizacji. Zamiarem autora będzie udowodnienie tezy, że zdrowiu przyznano wartość w takim samym zakresie, w jakim strasburski „parasol ochronny”, czyli wynikający z Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (EKPCz)², rozciągnięto na prawa osobiste jednostki. O ile jednak w treści EKPCz nie wpisane zostało odrębne prawo człowieka do zdrowia, o tyle szereg aktów prawnych, tzw. społecznych konwencji Rady Europy gwarantuje szacunek dla zdrowia każdej istocie ludzkiej. Obowiązek ochrony ludzkiego zdrowia został *expressis verbis* nałożony na władze krajowe w art. 3 Europejskiej Karty Społecznej³. Nakazy uznające zdrowie jako wartość, o którą należy dbać i zabiegać, zawarto również w szeregu instrumentów prawnie niewiążących, istotnie uzupełniających ochronę, którą gwarantuje Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu⁴. W tym celu zastosowano metody dogmatyczno-prawną oraz komparatystyczną,

* Robert Tabaszewski – Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7737-0056>; e-mail: robert.tabaszewski@kul.pl

¹ Artykuł opracowany w ramach grantu NCN nr 2017/01/X/HS5/0084.

² *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, Rzym, 4.11.1950, E.T.S. Nr 5, tekst polski: Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm. z protokołami dodatkowymi.

³ *Europejska karta społeczna*, Turyn, 18.10.1961, Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 z protokołami dodatkowymi, E.T.S. Nr 128, E.T.S. Nr 158.

⁴ E. Latoszek, M. Proczek, *Organizacje międzynarodowe. Założenia, cele, działalność*, Warszawa 2006, s. 384.

które pozwolą zbadać, w jakim zakresie organy Rady Europy uznają zdrowie za pierwszorzędną wartość chronioną, a w jakim ma ona charakter wtórny⁵.

Instytucjonalne podstawy ochrony zdrowia ludzkiego w systemie Rady Europy

Statutowe organy tej organizacji międzynarodowej, tj. Komitet Ministrów (KM) i Zgromadzenie Parlamentarne (ZP), od początku istnienia organizacji zajmowały się problematyką zdrowotną, co znalazło swoje odzwierciedlenie na płaszczyźnie traktatowej⁶. Obecnie zadania tych organów obejmują cztery zasadnicze komponenty indywidualnego zdrowia człowieka: dostęp do leków i zwalczanie nielegalnego obrotu narkotykami oraz innymi szkodliwymi substancjami, możliwość transfuzji i transplantacji organów, ochronę zdrowia konsumentów, a od 1986 r. również zagadnienia związane z bioetyką⁷.

W odniesieniu do problematyki zdrowia publicznego, KM formułował zalecenia, niemające wprawdzie charakteru dyspozytywnego, ale oddziaływujące pozytywnie na cały europejski system ochrony praw człowieka⁸. Natomiast wyodrębniona polityka zdrowotna tej organizacji prowadzona jest w oparciu o ramy wynikające z Rezolucji KM (59)23 z dnia 16 listopada 1959 r. w sprawie rozszerzenia działań RE w dziedzinie społecznej i kulturalnej⁹. Na jego podstawie zawarte jest tzw. Porozumienie Częściowe (ang. *Partial Agreement*), zgodnie z którym do zadań RE należy harmonizacja podejmowanych działań legislacyjnych w dziedzinie zdrowia, w tym walka z chorobami typu NCD, realizacja wspólnych standardów żywnościowych, antynikotynowych i innych.

Przy KM funkcjonują ciała o charakterze technicznym i eksperckim, zajmujące się promocją zdrowia ludzkiego: grupy robocze, komitety o charakterze stałym lub doraźnym, komisje ministrów zdrowia publicznego¹⁰. Problematyka ochrony zdrowia znalazła swoje odzwierciedlenie także w strukturze organiza-

⁵ Por. R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 104-112.

⁶ Por. Z. M. Klepacki, *Rada Europy*, w: *Encyklopedia organizacji międzynarodowych*, red. tenże, Warszawa 1975, s. 437-440; B. Gronowska, *Neminem captivabimus, nisi iure victum. Prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Ochrona praw osób pozbawionych wolności*, Toruń 2004, s. 10-15; B. Kuźniak, M. Marcinko, *Organizacje międzynarodowe*, Warszawa 2013, s. 104-114.

⁷ Powołano wówczas Europejski Komitet Etyki Medycznej. Por. A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XX wieku*, Warszawa 2009, s. 177.

⁸ M. Balcerzak, *Zalecenia Komitetu Ministrów Rady Europy jako forma pozatraktatowej działalności normatywnej i harmonizującej w dziedzinie praw człowieka*, w: *Rada Europy – 60 lat na rzecz jedności europejskiej*, red. I. Głuszyńska, K. Lankosz, Bielsko-Biała 2008, s. 9-10.

⁹ Por. Resolution 23 (1959), *Extension Of The Activities Of The Council Of Europe in the Social and Cultural Field*.

¹⁰ H. Izdebski, *Rada Europy*, Warszawa 1996, s. 46-48; E. Latoszek, M. Proczek, dz. cyt., s. 318.

cyjnej KM, w ramach którego istnieje Dyrekcja Spraw Socjalnych i Ekonomicznych, a w jej ramach samodzielny Wydział Zdrowia Publicznego. Od 1949 r., jako grono o charakterze eksperckim, funkcjonuje Komitet Zdrowia Publicznego, złożony z delegacji narodowych. Obecnie sprawuje on ogólny nadzór nad działalnością Komisji Farmakopei Europejskiej, powołanej w 1964 r. przez Europejską Dyrekcję ds. Jakości Leków¹¹. Do zadań Komisji należy określenie powszechnie obowiązujących norm dla roślin leczniczych i substancji czynnych przeznaczonych do produkcji leków stosowanych w medycynie i weterynarii, tj. *Pharmacopoea Europaea* (Ph. Eur.), której dziewiąte wydanie, opublikowane w 2016 r. składa się z trzech tomów sukcesywnie uzupełnianych suplementami¹².

Zdrowie zostało wyniesione do wartości wyższego rzędu przez Europejską Komisję Zdrowia (*European Health Committee*, CDSP). Obecnie jest to komitet wykonawczy KM, działający na podstawie art. 17 Statutu RE¹³, Deklaracji Warszawskiej¹⁴ i UDBHR¹⁵. W ramach CDSP realizowane są aktualnie dwa programy dotyczące dobrego zarządzania i równości w opiece zdrowotnej oraz prewencji i zorientowania na opiekę nad pacjentem¹⁶. Do zadań CDSP należy promowanie zarządzania opieką zdrowotną opartego na wartościach, w tym poszanowaniu praw człowieka, sprawiedliwości, przejrzystości, odpowiedzialności i uczestnictwa; wspieranie państw członkowskich w realizacji podejścia „zdrowie i prawa człowieka dla wszystkich”, z uwzględnieniem praw mniejszości i osób z grupy *vulnerable*; wspomaganie państw członkowskich w określaniu i stosowaniu norm uwzględniających prawa pacjenta opieki i zagwarantowania równości w dostępie do opieki zdrowotnej; a także wspieraniu państw

¹¹ Por. art. 2 Konwencji, gdzie w polskiej wersji językowej wadliwie przetłumaczona została nazwa Komitetu: *Convention on the Elaboration of a European Pharmacopoeia*, E.T.S. Nr 050; tekst polski: Dz.U. z 2007 r. Nr 117, poz. 808 wraz z Protokołem Dodatkowym: *Protocol to the Convention on the Elaboration of a European Pharmacopoeia*, E.T.S. Nr 134. European Co-operation in Public Health, *Collected Resolutions Adopted by the Committee of Ministers on the Proposal of the European Public Health Committee 1964-1974*, Strasbourg 1975.

¹² Polska uczestniczy w pracach Komisji Farmakopei Europejskiej począwszy od grudnia 2006 r.

¹³ Por. *Statut Rady Europy*, Londyn, 5.5.1949 r., E.T.S. Nr 1; tekst polski: Dz.U. z 1994 r. Nr 118, poz. 565 ze zm.

¹⁴ Por. *Warsaw Declaration, Final Declaration of the Council of Europe's Third Summit*, 16-17 May 2005, Warsaw, Poland; Komitet działa zgodnie z przepisami określonymi w Rezolucji z 2005 r. Resolution Res(2005)47 *on committees and subordinate bodies, their terms of reference and working methods*.

¹⁵ Por. *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, Paris, 19.10.2005 adopted by acclamation on 19 October the 33rd session of the General Conference of UNESCO.

¹⁶ Por. 2007/DG3/1189 – *Good governance for equity in health care*; 2004/DG3/1 – *Prevention and standards for patient-oriented care*. M. Hartlew, *Equal Access to Healthcare on a Non-Discriminatory Basis – Reality or Aspiration?*, „European Journal of Health Law” (2013), nr 4, s. 343-346.

członkowskich w przestrzeganiu przez nich praw człowieka w sferze zdrowotnej w odpowiedzi na aktualne wyzwania sanitarne i epidemiologiczne¹⁷.

Współpraca międzyinstytucjonalna Rady Europy w dziedzinie ochrony zdrowia

Począwszy od lat 60. XX w., w ramach systemu RE prowadzona jest współpraca jej państw członkowskich w dziedzinie zdrowia publicznego. Odbywa się to za pomocą dyplomacji konferencyjnej, tj. poprzez organizowanie międzynarodowych kongresów i paneli eksperckich dotyczących protekcji zdrowia i organizacji krajowych systemów opieki zdrowotnej. Od 1981 r. odbywają się międzyresortowe konferencje dotyczące zdrowia publicznego (MSN), w których uczestniczą przedstawiciele resortów zdrowia państw członkowskich RE¹⁸. Pierwsze konferencje odbyły się: w dn. 22-24.9.1981 r. w Madrycie, w dn. 16-18.4.1985 r. w Sztokholmie, w dn. 16-17.11.1987 r. w Paryżu, w dn. 18-19.10.1990 r. w Nikozji, w dn. 6-7.11.1996 r. w Warszawie, w dn. 22-23.4.1999 r. w Atenach¹⁹. Istotne znaczenie dla uznania prawa człowieka do zdrowia miało spotkanie przedstawicieli resortów zdrowia państw członkowskich RE w Oslo pt. *Health, Dignity and Human Rights* w dn. 12-13.6.2003 r., a następnie w Bratysławie, które odbyło się w dn. 22-23.11.2007 r. zwieńczone końcowymi Deklaracjami²⁰. Dziewiąta konferencja ministrów zdrowia RE, która odbyła się w dn. 29-30.9.2011 r. w Lizbonie, a została ona poświęcona prawom dzieci w ochronie zdrowia.

W celu stworzenia skutecznych mechanizmów kontroli i ochrony zdrowia ludzkiego, RE współpracuje z innymi organizacjami międzynarodowymi, zarówno międzyrządowymi, jak i pozarządowymi. W 1952 r., na podstawie porozumienia zawartego z UN, nawiązana została współpraca międzyinstytucjonalną z WHO²¹. W ramach bilateralnej współpracy na poziomie CDSP z regionalnym biurem WHO w Europie włączono zagadnienia zdrowotne w obszar zainteresowania Paktu Stabilności dla Europy Południowo-Wschodniej²². Z WHO

¹⁷ Draft terms of reference of the European Health Committee, CM(2007)36 rev. S. Da Lomba, *Vulnerability, Irregular Migrants' Health-Related Rights and the European Court of Human Rights*, „European Journal of Health Law” (2014), nr 4, s. 339-364.

¹⁸ Por. Resolution CM/Res(2011)7 on Council of Europe conferences of specialized ministers.

¹⁹ Por. J. Tritter, E. Ollila, M. Koivusalo *Globalisation, Markets and Healthcare Policy: Redrawing the Patient as Consumer*, Routledge, New York 2010.

²⁰ Por. Bratislava Declaration on Health, Human Rights and Migration, Bratislava 22-23 November 2007. Deklaracja rozpoczyna uznanie, że „mobilność ludzi generuje nowe wyzwania dla prawa człowieka do ochrony zdrowia i systemów opieki zdrowotnej”.

²¹ Por. Agreement between the Secretary General of the Council of Europe and the Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization, 9 September 1952.

²² Por. Resolution (2003)1312, *Progress on the Stability Pact for South Eastern Europe: enhancing security and political stability through economic co-operation; Collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations*, „WHO” 2002, A55/34, p. 6.

współpracuje także utworzona w 1971 r., Grupa Pompidou, od 1980 r. działająca pod auspicjami RE²³. W efekcie podjętej współpracy z Międzynarodowym Ruchem Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycą, w 1969 r. powołano m.in. Europejski Bank Rzadkich Grup Krwi z siedzibą w Amsterdamie²⁴.

Począwszy od lat 80. XX w., zdrowie jest przedmiotem współpracy międzyinstytucjonalnej pomiędzy RE a WE²⁵. W czerwcu 2001 r. zawarto trójstronne porozumienia pomiędzy RE, KE i WHO. Obecnie, w dziedzinie wyznaczania standardów w sferze prawa do opieki zdrowotnej, kluczowym dla RE partnerem jest Europejska Dyrekcja Jakości Leków i Opieki Medycznej w zakresie określania europejskich standardów farmaceutycznych²⁶. Efektem współpracy z wyżej wymienionymi organizacjami są porozumienia międzyinstytucjonalne RE w zakresie coraz bardziej kompleksowej, europejskiej polityki zdrowotnej. Większość zagadnień wiążących się z ochroną zdrowia jednostki, a będących przedmiotem działalności RE, została uznana za szczególnie istotne w kontekście rozwoju praw społecznych przez Komisarza Praw Człowieka RE, wspierającego promocję m.in. prawa do zdrowia w edukacji²⁷.

Zdrowie jako dobro prawne w konwencjach społecznych Rady Europy

Większość dokumentów wykreowanych w systemie RE, zarówno traktatów, jak i aktów o charakterze *soft law*, traktuje prawo do zdrowia jako wypadkową polityki społecznej państwa. W zdecydowanej większości są one związane, co najmniej aksjologicznym węzłem socjalnym, z prawem do zdrowia wyrażonym w art. 3 EKS. Wynika z faktu, że działalność RE w wymienionym zakresie rozpoczęła się w latach 60. XX w., kiedy to zainteresowanie większości państw członkowskich RE było skoncentrowane na uznawaniu praw socjalnych. Z tego zakresu istotne znaczenie posiada kilka Konwencji dotyczących szeroko pojmowanego prawa dostępu do opieki zdrowotnej, jak również zobowiązujących państwa do podejmowania określonych działań pozytywnych w zakresie: bezpłatnego świadczenia usług leczniczych, środków farmaceutycznych, zdatnej wody pitnej, gwarancji bezpieczeństwa komunikacyjnego.

Mocą Europejskiej Konwencji o Pomocy Społecznej i Medycznej (EKPSiM) z 11.12.1953 r. oraz jej PD rozszerzającego uprawnienia wynikające z EKPSiM na uchodźców, prawo do zdrowia, w aspekcie dostępu do świad-

²³ Oficjalnie jako Grupa ds. Współpracy na rzecz Zwalczania Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami. B. Kłos, *Współpraca międzynarodowa w dziedzinie zwalczania narkomanii*, „Biuro Studiów i Ekspertyz. Kancelaria Sejmu” (1995), nr 9, s. 4.

²⁴ Res. (1968)32, Establishment In Amsterdam of a European Blood Bank of Rare Groups.

²⁵ Por. *Exchange of letters between the Council of Europe and the European Community concerning the consolidation and intensification of co-operation*, 16.6.1987, 87/476/EEC.

²⁶ The European Directorate for the Quality of Medicines.

²⁷ F. Benoît-Rohmer, H. Klebes, *Council of Europe law. Towards a pan-European legal area*, Strasbourg 2005, p. 49. Por. T. Kieselbac, P. G. Svensson, *Health and Social Policy Responses to Unemployment in Europe*, „Journal of Social Issues” (1988), nr 4, s. 173-191; art. 10 Rezolucji (1999)50 w sprawie Komisarza Praw Człowieka Rady Europy.

czeń opieki zdrowotnej, stało się prawem ekspektatywnym²⁸. EKPSiM wprowadziła powszechną zasadę wzajemności standardów świadczeń opieki zdrowotnej, co oznacza, że przysługują one w takim zakresie obywatelom innych państw, w jakim są one gwarantowane na poziomie ustawodawstw krajowych własnym obywatelom²⁹. Przyjęta zasada ekwiwalentności świadczeń nie zyskała powszechnego międzynarodowego poparcia, bowiem stronami EKPSiM jest jedynie 18 państw RE.

W świetle innych konwencji w ramach RE przyjęto zasadę samowystarczalności państwa w aspekcie zaspokajania zdrowotnych potrzeb obywateli jej państw członkowskich. W dniu 28.4.1960 r. zawarte zostało Porozumienie w sprawie czasowego przywozu bezcłowego sprzętu do użytku medyczno-chirurgicznych i laboratoryjnego, na zasadach nieoprocentowanej pożyczki, w szpitalach i innych instytucjach medycznych do celów diagnostycznych lub terapeutycznych³⁰. Protokół Dodatkowy do Porozumienia, zawarty 29.9.1982 r. dostosowywał prawodawstwa jej państw sygnatariuszy do prawodawstwa EWG i Wspólnej Taryfy Celnej³¹. Zgodnie z Preambułą zawartą w Porozumieniu, zostało ono zawarte „w celu zaspokojenia najpilniejszych potrzeb ludności”, państwo może „w wyjątkowych okolicznościach” znaleźć się bez dostatecznych zapasów sprzętu medycznego, chirurgicznego i laboratoryjnego. Warto zauważyć, że choć normy zawarte bezpośrednio dotyczą możliwości realizacji prawa do opieki zdrowotnej, to w żadnym z wyżej wymienionych dokumentów nie pojawia się słowo „zdrowie”.

Poszerzenie zakresu przedmiotowego prawa do zdrowia o aspekt bezpieczeństwa zasobów medycznych nastąpiło w Europejskim Porozumieniu w sprawie wymiany odczynników do oznaczania grup krwi z dnia 14.5.1962 r.,

²⁸ Por. *European Convention on Social and Medical Assistance* (E.T.S. Nr 14); *Protocol to the European Convention on Social and Medical Assistance* (E.T.S. Nr 14A).

²⁹ Por. J. Nickless, H. Siedl, *Co-ordination of Social Security in the Council of Europe: Short Guide*, Strasbourg 2004, p. 34-40; R. Romero-Ortuño, *Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?*, „European Journal of Health Law” (2004), nr 11, s. 245-272; M. Phelan, *Medical Interpreting and the Law in the European Union*, „European Journal of Health Law” (2012), nr 4, s. 333-353.

³⁰ Por. *Agreement on the Temporary Importation, free of duty of Medical, Surgical and Laboratory Equipment for use on free loan in Hospitals and other Medical Institutions for purposes of Diagnosis or Treatment* (E.T.S. Nr 033). Z. M. Klepacki oraz J. Barcik proponują inną wersję polskiego tłumaczenia: „Porozumienie w sprawie Czasowego Zwolnienia od Cel Importu Sprzętu Medycznego, Chirurgicznego i Laboratoryjnego Wypożyczonego dla Szpitali i Innych Instytucji Medycznych w celu Diagnostyki i Leczenia” bądź „Porozumienie w sprawie czasowego przywozu, wolnego od cła, sprzętu medycznego, chirurgicznego i laboratoryjnego do użytku, na zasadach wolnej pożyczki, w szpitalach i innych instytucjach medycznych do celów diagnozowania lub leczenia”; por. Z. M. Klepacki, *Rada Europy. 1949-1991*, Białystok 1991, s. 66; J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 173.

³¹ Por. *Additional Protocol to the Agreement on the Temporary Importation, free of duty, of Medical, Surgical and Laboratory Equipment for use on free loan in Hospitals and other Medical Institutions for purposes of Diagnosis or Treatment* (E.T.S. Nr 110).

a także w Protokole Dodatkowym do tej Konwencji z dnia 29.09.1982 r.³² Zgodnie z jej art. 2 w pierwszej kolejności strony Konwencji zostały zobligowane do posiadania wystarczających zasobów na własne potrzeby. W świetle art. 3 odczynniki do oznaczania grup krwi są udostępniane innym państwom, pod warunkiem, że nie ma to na celu osiągnięcie zysku na nich, oraz, że są one wykorzystywane wyłącznie do celów medycznych i są dostarczane wyłącznie organom wyznaczonym przez zainteresowane państwa.

Aksjologicznie podobną strukturą normatywną, co Porozumienie, zobowiązującą władze krajowe do tego, aby dysponowały one wystarczającymi zapasami medycznymi, operuje także Europejskie porozumienie w sprawie wymiany odczynników do oznaczania grup zgodności tkankowej z dnia 17.9.1974 r. uzupełnione Protokołem Dodatkowym z dnia 24.6.1976 r.³³ W ich świetle państwa sygnatariusze zostały zobowiązane w pierwszej kolejności do tego, aby posiadać zapasy: odczynników tkankowych, a także odpowiednich przepisów właściwych do pobierania, przetwarzania i przewozu takich substancji. Podobne zasady zawiera Europejskie porozumienie o wymianie substancji terapeutycznych pochodzenia ludzkiego z dnia 15.12.1958 r. wraz z Protokołem Dodatkowym z 1.1.1983 r.³⁴

Zakres ochrony zdrowia ludzkiego w pozostałych dokumentach Rady Europy

Poza wyżej wymienionymi dokumentami, które jednak z racji na postęp w medycynie i naukach o zdrowiu, w coraz bardziej ograniczonym stopniu uzupełniającymi mechanizm EKS, należy wymienić także kilka innych dokumentów. Wiele z nich stanowi zobowiązanie *erga omnes* do wzajemnej pomocy państw sygnatariuszy w zakresie współpracy zdrowotnej, medycznej i sanitarnej. I tak, normy gwarancyjne w zakresie dostępu do wody pitnej jako głównego składnika warunkującego zdrowie człowieka znajdują swoje bezpośrednie zastosowanie poprzez Europejskie Porozumienie w sprawie ograniczenia stosowania w środkach czyszczących i myjących z dnia 16 września 1968 r. wraz z PD z dnia 25 października 1983 r. zapewniające harmonizację przepisów dotyczących kontroli zanieczyszczenia wody pitnej³⁵.

³² Por. *European Agreement on the Exchanges of Blood-Grouping Reagents with Additional Protocol* (E.T.S. Nr 39; E.T.S. Nr 111).

³³ Por. *European Agreement on the Exchange of Tissue-typing reagents with Additional Protocol* (E.T.S. Nr 84; E.T.S. Nr 089).

³⁴ Por. Część II Konwencji, zawierającej szczegółowe uregulowania; *European Agreement on the Exchange of Therapeutic Substances of Human origin with additional Protocol* (E.T.S. Nr 026; E.T.S. Nr 109).

³⁵ Por. *European Agreement on the Restriction of the Use of certain Detergents in Washing and Cleaning Products with Protocol amending the Agreement* (E.T.S. Nr 64; E.T.S. Nr 115). W świetle art. 2 PD stosowanie produktów tego rodzaju, w warunkach normalnego użytkowania, „może niekorzystnie wpływać na człowieka i środowisko”.

Z kolei Europejskie porozumienie o wzajemnej pomocy prawnej w zakresie specjalnych zabiegów medycznych i udogodnień klimatycznych z dnia 14.5.1962 r. miało na celu przyjęcie środków samopomocy w dziedzinie medycyny poprzez udostępnienie osobom, które korzystają z systemu świadczeń medycznych, ale niemogącym otrzymać odpowiedniej opieki w kraju zamieszkania specjalnych zabiegów i świadczeń klimatycznych istniejących jedynie w określonych krajach³⁶. Należy zauważyć, że projektowana pomoc wzajemna państw powinna mieć charakter wyjątkowy. Zakres przedmiotowy konwencji został bowiem ograniczony do sytuacji zaistnienia klęsk elementarnych i katastrof żywiołowych³⁷.

W odniesieniu do prawa do uzyskania medykamentu, jako komponentu prawa człowieka do zdrowia, istotne znaczenie ma Konwencja o opracowaniu Farmakopei Europejskiej z 22.7.1964 r. wraz z PD z 16.11.1989 r. nakładająca na jej sygnatariuszy liczne obowiązki w zakresie standaryzacji substancji farmaceutycznych. Do tej kategorii dokumentów o charakterze prawnie zobowiązującym należy także Porozumienie w sprawie nielegalnego przewozu drogą morską, wdrażania art. 17 Karty Narodów Zjednoczonych w sprawie zwalczania nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z dnia 31.1.1995 r.³⁸

W celu nałożenia dodatkowych zobowiązań pozytywnych państwa w dniu 28.10.2011 r. zwarto Konwencję Rady Europy o fałszowaniu produktów medycznych i podobnych przestępstwach stwarzających zagrożenie dla zdrowia publicznego³⁹. Celem tzw. *Medicrime Convention* jest „zapobieganie oraz zwalczanie zagrożeń dla zdrowia publicznego, koniecznych do wykonania postanowień dotyczącej prawa karnego z uwzględnieniem jej celu oraz ze względu na zasadę proporcjonalności”. Konwencja ta weszła w życie 1.01.2016 r., choć podobnie jak w przypadku poprzednich dokumentów, Rzeczpospolita Polska nie jest jej stroną. Obowiązki ochrony ludzkiego zdrowia można także odczytać w konwencjach poświęconych bezpieczeństwu drogowemu⁴⁰, imprezom sportowym⁴¹, a także rozwiązaniom technicznym i *stricto* sanitarnym⁴².

³⁶ *European Agreement on Mutual Assistance in the matter of Special Medical Treatments and Climatic Facilities with additional Protocol* (E.T.S. Nr 038; E.T.S. Nr 111).

³⁷ *Medycyna a prawa człowieka. Normy i zasady prawa międzynarodowego, etyki oraz moralności katolickiej, protestanckiej, żydowskiej, muzułmańskiej i buddyjskiej*, red. C. Lalumière, Warszawa 1996, s. 172.

³⁸ *Agreement on Illicit Traffic by Sea, implementing article 17 of the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances* (E.T.S. Nr 156).

³⁹ *Council of Europe Convention on the counterfeiting of medical products and similar crimes involving threats to public health* (E.T.S. Nr 211).

⁴⁰ *European Convention on Compulsory Insurance against Civil Liability in respect of Motor Vehicles* (E.T.S. Nr 029); *European Convention on the Punishment of Road Traffic Offences* (E.T.S. Nr 052); *European Convention on the International Effects of Deprivation of the Right to Drive a Motor Vehicle* (E.T.S. Nr 88).

Uwagi końcowe

Zarówno geneza, jak dynamika ewolucji podejścia organów RE w zakresie doceniania roli zdrowia w życiu publicznym i indywidualnym pozwala przyjąć, że obecne miejsce zdrowia jako wartości chronionej jest odzwierciedleniem struktury i kompetencji tej organizacji w dziedzinie praw człowieka, jak i reakcją na późniejszą dynamikę rozwoju praw człowiek w systemie uniwersalnym⁴³. Z przeanalizowanego materiału empirycznego wynika, że poza dokumentami prawnie wiążącymi, zdrowie było tym z dóbr szczególnie dla człowieka cennych, będących przedmiotem pierwszych deklaracji i rezolucji KM i ZP. Te klasyczne już dokumenty nie mają bynajmniej charakteru jedynie *decorum* normatywnego. Wyznaczają bowiem standardy kierunków działania państwa w zakresie implementowania rekomendowanych przez RE rozwiązań dotyczących zdrowia.

W odniesieniu do problematyki zdrowia publicznego, od końca lat 70 XX w. KM uchwalał zalecenia niemające wprawdzie charakteru dyspozytywnego, ale oddziaływujące pozytywnie na cały europejski system ochrony praw człowieka⁴⁴. Poza bioetyką, w ostatnich dwóch dekadach, rekomendacje dotyczą pięciu zasadniczych płaszczyzn: polityki zdrowotnej jako obowiązku państwa⁴⁵, organizacji służby zdrowia⁴⁶, dostępu do usług medycznych⁴⁷, praw pacjenta⁴⁸, a także praw i obowiązków personelu medycznego⁴⁹. Wszystkie istotnie uzupełniają sprawnie funkcjonujący mechanizm strasburski i pośrednio oddziałują na systemy ochronne państw członkowskich RE. Niezbędna modyfikacja powinna dotyczyć problemu nierówności pomiędzy systemami krajowymi ochrony zdrowia, w czym z pewnością pomogłoby wejście w życie Konwencji z Owiedo.

⁴¹ *European Convention on Spectator Violence and Misbehavior at Sports Events and in particular at Football Matches* (E.T.S. Nr 120); *Anti-Doping Convention* (E.T.S. Nr 135).

⁴² Por. *Agreement on the Transfer of Corpses* (E.T.S. Nr 80).

⁴³ K. Machowicz, *Przystąpienie Unii Europejskiej do Konwencji Praw Człowieka – zmiany w modelowym ujęciu systemów ochrony praw człowieka*, w: *Organizacje międzynarodowe wobec politycznych i społecznych problemów świata*, red. W. Gizicki, Toruń 2012, s. 161; Z.M. Klepacki, dz. cyt., s. 49.

⁴⁴ M. Balcerzak, *Zalecenia...*, dz. cyt., s. 9-10.

⁴⁵ Por. Recommendation Rec(2000)18; Recommendation Rec(2001)13.

⁴⁶ Por. Recommendation CM/Rec(2003)24; Recommendation CM/Rec(2006)11; Recommendation CM/Rec(2012)8; Recommendation Rec(2006)10.

⁴⁷ Por. Recommendation CM/Rec(2000)5; Recommendation CM/Rec(2001)12.

⁴⁸ Por. Recommendation CM/Rec(2004); Recommendation CM/Rec(2004)17; Recommendation CM/Rec(2006)7; Recommendation CM/Rec(2006)18; Recommendation CM/Rec(2008)1.

⁴⁹ Por. Recommendation CM/Rec(2006)17; Recommendation CM/Rec(2010)11.

Health as a Legal Term and its Evolution in the Council of Europe's Human Rights Protection System

Summary

The aim of the article is to show the evolution of health and its place in the Council of Europe human rights protection system. The author analyses the main legal acts: European Convention on Human Rights, European Social Charter, European Convention on Social and Medical Assistance, Medicrime Convention and many others. The author shows the evolution and approach to health of the Council of Europe institutions: Committee of Ministers, Parliamentary Assembly of the Council of Europe, European Court of Human Rights, The European Directorate for the Quality of Medicines, The Steering Committee for Human Rights. In the light of the above analysis legal protection of human right to health remains unsatisfactory. The European Convention on Human Rights does not guarantee a right to health-care or a right to be healthy. This is guaranteed, however, by other documents. From European legal perspective only an integrated approach to human right to health, taking into account both civil, political, economic, social and cultural rights, seems the most stable response to health care needs.

Key words: Health, Healthcare, Council of Europe, Social Justice, Human Rights.

Bibliografia

Dokumenty (chronologicznie):

- Statut Rady Europy*, Londyn 05.05.1949, E.T.S. No. 1.
- Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*, Rzym, 04.11.1950, E.T.S. No. 5.
- Agreement between the Secretary General of the Council of Europe and the Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organisation*, Strasbourg 9.09.1952.
- European Convention on Social and Medical Assistance*, Paris 11.12.1953, E.T.S. No. 14.
- Protocol to the European Convention on Social and Medical Assistance*, Paris 11.12.1953, E.T.S. No. 14A.
- Resolution 23 (1959), *Extension Of The Activities Of The Council Of Europe in the Social and Cultural Field*.
- European Agreement on the Exchange of Therapeutic Substances of Human origin with additional Protocol*, Paris 15.12.1958, E.T.S. No. 026.
- European Convention on Compulsory Insurance against Civil Liability in respect of Motor Vehicles*, Strasbourg 20.04.1959, E.T.S. No. 029.
- Agreement on the Temporary Importation, free of duty of Medical, Surgical and Laboratory Equipment for use on free loan in Hospitals and other Medical Institutions for purposes of Diagnosis or Treatment*, Strasbourg, 28.04.1960, E.T.S. No. 033.
- Europejska karta społeczna*, Turyn 18.10.1961 r., E.T.S. No. 128; E.T.S. No. 158.
- European Agreement on Mutual Assistance in the matter of Special Medical Treatments and Climatic Facilities with additional Protocol*, Strasbourg 14.05.1962, E.T.S. No. 038.
- European Agreement on the Exchanges of Blood-Grouping Reagents with Additional Protocol*, Strasbourg 14.05.1962, E.T.S. No. 39.

- European Convention on the Punishment of Road Traffic Offences*, Strasbourg 30.11.1964, E.T.S. No. 052.
- Convention on the Elaboration of a European Pharmacopoeia*, Strasbourg, 22.07.1964.
- Res. (1968)32, *Establishment In Amsterdam of a European Blood Bank of Rare Groups*.
- European Agreement on the Restriction of the Use of certain Detergents in Washing and Cleaning Products with Protocol amending the Agreement*, Strasbourg 16.09.1968, E.T.S. No. 64.
- Agreement on the Transfer of Corpses*, Strasbourg 26.10.1973, E.T.S. No. 80.
- European Convention on the International Effects of Deprivation of the Right to Drive a Motor Vehicle*, Brussels 03.06.1976, E.T.S. No. 88.
- European Agreement on the Exchange of Tissue-typing reagents with Additional Protocol*, Strasbourg 24.06.1976, E.T.S. No. 84.
- Additional Protocol to the Agreement on the Temporary Importation, free of duty, of Medical, Surgical and Laboratory Equipment for use on free loan in Hospitals and other Medical Institutions for purposes of Diagnosis or Treatment*, Strasbourg 01.01.1983, E.T.S. No. 110.
- European Convention on Spectator Violence and Misbehavior at Sports Events and in particular at Football Matches*, Strasbourg 19.08.1985, E.T.S. No. 120.
- Protocol to the Convention on the Elaboration of a European Pharmacopoeia*, Strasbourg, 16.11.1989, E.T.S. No. 134.
- Exchange of letters between the Council of Europe and the European Community concerning the consolidation and intensification of co-operation*, 16.6.1987, 87/476/EEC. *Anti-Doping Convention*, Strasbourg 16.11.1989, E.T.S. No. 135.
- Agreement on Illicit Traffic by Sea, implementing article 17 of the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, Strasbourg 31.01.1995, E.T.S. No. 156.
- Resolution (2003)1312, *Progress on the Stability Pact for South Eastern Europe: enhancing security and political stability through economic co-operation*, Strasbourg 27.01.2003.
- Warsaw Declaration, Final Declaration of the Council of Europe's Third Summit*, Warszawa 16-17.05.2005.
- Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, Paris 19.10.2005.
- Bratislava Declaration on Health, Human Rights and Migration*, Bratislava 22-23.11.2007.
- Resolution CM/Res(2011)7 on *Council of Europe conferences of specialized ministers*, Strasbourg 15.06.2011.
- Council of Europe Convention on the counterfeiting of medical products and similar crimes involving threats to public health*, Moscow 28.10.2011, E.T.S. No. 211.
- CDDH, Resolution Res(2005)47 on *committees and subordinate bodies, their terms of reference and working methods*, Strasbourg 18.11.2011.

Opracowania:

- Balcerzak M., *Zalecenia Komitetu Ministrów Rady Europy jako forma pozatraktatowej działalności normatywnej i harmonizującej w dziedzinie praw człowieka*, w: *Rada Europy – 60 lat na rzecz jedności europejskiej*, red. I. Głuszyńska, K. Lankosz, Bielsko-Biała 2008
- Barcik J., *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013.
- Benoît-Rohmer F., Klebes H., *Council of Europe law. Towards a pan-European legal area*, Strasbourg 2005.
- Collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations*, „WHO Bulletin” (2002), nr 55/34.
- Da Lomba S., *Vulnerability, Irregular Migrants' Health-Related Rights and the European Court of Human Rights*, „European Journal of Health Law” (2014), nr 4.
- European Co-operation in Public Health: Collected Resolutions Adopted by the Committee of Ministers on the Proposal of the European Public Health Committee 1964-1974*, Strasbourg 1975.

- Gronowska B., *Neminem captivabimus, nisi iure victum. Prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Ochrona praw osób pozbawionych wolności*, Toruń 2004.
- Hartlew M., *Equal Access to Healthcare on a Non-Discriminatory Basis – Reality or Aspiration?*, „European Journal of Health Law” (2013), nr 4.
- Izdebski H., *Rada Europy*, Warszawa 1996.
- Kieselbac T., Svensson P. G., *Health and Social Policy Responses to Unemployment in Europe*, „Journal of Social Issues” (1988), nr 4.
- Klepacki Z. M., *Rada Europy*, w: *Encyklopedia organizacji międzynarodowych*, red. tenże, Warszawa 1975.
- Klepacki Z. M., *Rada Europy. 1949-1991*, Białystok 1991.
- Kłos B., *Współpraca międzynarodowa w dziedzinie zwalczania narkomanii*, „Biuro Studiów i Ekspertyz. Kancelaria Sejmu” (1995), nr 9.
- Kuźniak B., Marcinko M., *Organizacje międzynarodowe*, Warszawa 2013.
- Latoszek E., Proczek M., *Organizacje międzynarodowe. Założenia, cele, działalność*, Warszawa 2006.
- Machowicz K., *Przystąpienie Unii Europejskiej do Konwencji Praw Człowieka – zmiany w modelowym ujęciu systemów ochrony praw człowieka*, w: *Organizacje międzynarodowe wobec politycznych i społecznych problemów świata*, red. W. Gizicki, Toruń 2012.
- Medycyna a prawa człowieka. Normy i zasady prawa międzynarodowego, etyki oraz moralności katolickiej, protestanckiej, żydowskiej, muzułmańskiej i buddyjskiej*, red. C. Lalumière, Warszawa 1996.
- Nickless J., Siedl H., *Co-ordination of Social Security in the Council of Europe: Short Guide*, Strasbourg 2004.
- Phelan M., *Medical Interpreting and the Law in the European Union*, „European Journal of Health Law” (2012), nr 4.
- Romero-Ortuño R., *Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?*, „European Journal of Health Law” (2004), nr 11.
- Tabaszewski R., *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016.
- Tritter J., J. Ollila E., Koivusalo M., *Globalisation, Markets and Healthcare Policy*, w: *Redrawing the Patient as Consumer*, New York 2010.
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XX wieku*, Warszawa 2009.