

ZDROWIE JAKO PRAWO CZŁOWIEKA¹

– Włodzimierz Galewicz –

Abstrakt. Przedmiotem tego artykułu jest prawo do zdrowia jako jedno z moralnych uprawnień przyznawanych wszystkim ludziom. W pierwszej części dokonuję przeglądu wybranych międzynarodowych dokumentów uznających zdrowie (lub też „najwyższy osiągalny poziom zdrowia”) za prawo człowieka, w drugiej zaś biorę pod uwagę najważniejsze komentarze do tych dokumentów. Staram się przy tym wydobyć i uporządkować główne etyczne tezy zawarte w tych dokumentach oraz komentarzach, omawiając takie tematy jak rodzaje praw związanych ze zdrowiem, warunki dostępu do dóbr związanych ze zdrowiem lub obowiązki państwa wynikające z prawa do zdrowia.

Słowa kluczowe: prawo do zdrowia, prawa człowieka, obowiązki państwa, zasada niedyskryminacji, niezbędne minimum, Paul Hunt, Halfdan Mahler, Brigit Toebes, Richard Wasserstrom.

Tytuł tego artykułu – „Zdrowie jako prawo człowieka” – jest oczywiście tylko wygodnym skrótem. Ściśle bowiem biorąc, zdrowie jako takie – ani nawet zdrowie człowieka – nie może być żadnym prawem. Może być ono jednak przedmiotem pewnego prawa – tym, do czego ktoś jest uprawniony – i często deklaruje się, że nim faktycznie jest. Tego rodzaju deklaracje pojawiają się zwłaszcza w międzynarodowych dokumentach dotyczących praw człowieka. W poniższym artykule dokonam przeglądu niektórych z tych dokumentów, a także najważniejszych komentarzy, uwyrażniających zawartą w nich ideę prawa do zdrowia.

I

Prawo do zdrowia – bądź to samo dla siebie, bądź jako jedno z wielu praw człowieka – było przedmiotem szeregu międzynarodowych dokumentów, tak o zasięgu globalnym, jak i regionalnym (w szczególności europejskim). W dokonanym poniżej wybiórczym przeglądzie zostaną omówione najważniejsze z tych pierwszych, a mianowicie: Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (1946),

¹ Poniższy tekst wiąże się z moim projektem badawczym „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej”, finansowanym przez Narodowe Centrum Nauki w wyniku konkursu Maestro 4.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (1948), Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (1966), Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (1966), Rezolucja „Zdrowie dla wszystkich” (1977) i Deklaracja z Ałma-Ata (1978)².

Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (1946)

W 1946 r. Rada Gospodarcza i Społeczna ONZ przygotowała konstytucję nowej instytucji, Światowej Organizacji Zdrowia. Dokument został podpisany przez przedstawicieli 61 krajów na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia, która odbyła się w czerwcu i lipcu tegoż roku w Nowym Jorku, a formalnie nabrał mocy w pierwszym Światowym Dniu Zdrowia 7 kwietnia 1948, gdy ratyfikowało go już dwudzieste szóste z państw członkowskich.

W 1 artykule Konstytucji WHO stwierdza się, że „[c]elem Światowej Organizacji Zdrowia [...] jest osiągnięcie przez wszystkie ludy możliwie najwyższego poziomu zdrowia” (*the attainment by all peoples of the highest possible level of health*). Warto zauważyć, że w przytoczonym miejscu mowa jest o najwyższym możliwym poziomie zdrowia, który miałby być osiągnięty przez wszystkie „ludy” (*peoples*), a nie przez wszystkich poszczególnych ludzi. W preambule Konstytucji treść tego ogólnego celu zostaje jednak ujęta również jako prawo każdego indywidualnego człowieka:

Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw istoty ludzkiej, bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych³.

Nie jest jasne, jak rozumiany jest tutaj ów najwyższy osiągalny poziom zdrowia (*the highest attainable standard of health*), z którego ma prawo korzystać każda istota ludzka: czy jako najwyższy poziom zdrowia, który w danym etapie rozwoju medycyny da się zapewnić przynajmniej niektórym z jednostek posiadających określone predyspozycje i znajdujących się w określonym stanie zdrowot-

² Istnieją również dokumenty ONZ związane z prawem do zdrowia, które dotyczą określonych grup osób, wymagających szczególnej ochrony czy też szczególnie narażonych na dyskryminację: Międzynarodowa konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 1966); Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 1979); Konwencja o prawach dziecka (Convention on the Rights of the Child, 1989); Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2012).

³ „The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition”.

nym, czy jako najwyższy poziom zdrowia, który w danym etapie rozwoju medycyny da się zapewnić wszystkim jednostkom posiadającym takie predyspozycje i znajdującym się w takim stanie, czy w jeszcze inny sposób. Tak czy inaczej, uznane w tym zdaniu prawo do zdrowia jest niezwykle mocne, a jego siła uwiadacza się jeszcze wyraźniej, gdy wziąć pod uwagę sformułowaną bezpośrednio wcześniej definicję zdrowia. Zgodnie bowiem z tą osławioną (nieraz wręcz osmieśzoną) definicją zawartą w preambule WHO:

Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności⁴.

Zdrowie utożsamiane ze stanem zupełnej pomyślności czy też zupełnego dobrostanu (*well-being*) – i to tak w zakresie fizycznym i psychicznym, jak w życiu społecznym – przestaje być tylko jednym z różnych dóbr życiowych; staje się raczej ogółem lub całokształtem wszystkich takich dóbr. Konsekwencje tej wszechogarniającej definicji zdrowia, połączonej z deklaracją powszechnego prawa do zdrowia, są dosyć zawrotne: skoro każdy człowiek ma prawo korzystać z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia, a zdrowie – przynajmniej na tym jego najwyższym poziomie – nie jest niczym innym jak zupełnym dobrobytem, to stąd wynika, że każdy człowiek ma prawo korzystać z najwyższego osiągalnego poziomu wszystkich owych dóbr, które składają się na życiową pomyślność.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (1948)

W 1948 r. Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło Powszechną Deklarację Praw Człowieka (the Universal Declaration of Human Rights – UDHR)⁵. Ten prawnie niewiążący, ale moralnie znaczący dokument jest fundamentalnym zbiorem uprawnień, uznawanych za prawa człowieka. W jego preambule czytamy między innymi, że „uznanie wewnętrznej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków ludzkiej rodziny jest podstawą wolności, sprawiedliwości i pokoju w świecie”⁶, co w owym czasie – trzy lata po zakończeniu II wojny światowej – dość jednoznacznie wskazywało na jedną z jej głębokich przyczyn, jaką była negacja owej „wewnętrznej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków ludzkiej rodziny”. Dalej zaś następuje 30 ar-

⁴ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.

⁵ Universal Declaration of Human Rights, G.A. Res. 217A (III), U.N. GAOR, 3d Sess., 1st plen. mtg., U.N. Doc. A/810 (Dec. 10, 1948).

⁶ „[...] recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family is the foundation of freedom, justice and peace in the world”.

tykułów, opisujących te równe i niezbywalne prawa, które przysługują człowiekowi jako człowiekowi. Niektóre ujmują je w aspekcie formalnym, kładąc nacisk na ich równość we wszystkich istotach ludzkich. Tak więc w artykule 1 powiada się, że „[w]szyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw”, nie wyjaśniając, na czym polega ta równa godność, ani czego dotyczą owe równe prawa. Inne zapisy określają jednak także ten treściowy aspekt praw przysługujących człowiekowi, jak to czyni już artykuł 3, w którym czytamy, że każdy ma prawo do życia, wolności i osobistego bezpieczeństwa (*security of person*). Do tych treściowo określonych punktów deklaracji należy też – szczególnie dla nas interesujący – art. 25.1, który stanowi:

Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny⁷.

W cytowanym fragmencie zdrowie zostaje zestawione z dobrobytem (*well-being*), aczkolwiek nie jest z nim utożsamiane. Przytoczona norma nie mówi jednak ściśle biorąc o prawie do zdrowia lub do dobrobytu, lecz o prawie do „stopy życiowej” (*a standard of living*) zapewniającej zdrowie i dobrobyt. Na ten godziwy, niejako należący się każdemu człowiekowi poziom życia, który ma warunkować lub zapewniać zdrowie, czy też w ogóle bycie w dobrym stanie, składają się takie elementarne dobra materialne jak wyżywienie, odzież, mieszkanie, ale także opieka lekarska (*medical care*) i konieczne świadczenia socjalne. Artykuł przyznaje zatem w szczególności wszystkim ludziom prawo do opieki lekarskiej, i to nie byle jakiej, lecz „zapewniającej zdrowie” lub też wystarczającej do zdrowia (*adequate for the health*), przynajmniej w połączeniu z resztą wymaganych dóbr. Uznaje również prawo każdego człowieka do ubezpieczenia – czy może raczej do bezpieczeństwa (*security*) – w takich krytycznych sytuacjach życiowych jak bezrobocie, choroba, niesprawność (*disability* – w cytowanym polskim przekładzie dość arbitralnie dookreślana jako „niezdolność do pracy”), bezradna starość lub też wynikająca z innych przyczyn utrata środków do życia.

⁷ “Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control”.

Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (1966)

W 1966 r. ONZ uchwaliła dwa traktaty – wraz z deklaracją UDHR obejmowane nieraz zbiorczą nazwą „the International Bill of Human Rights” – które od czasu ich ratyfikowania w 1976 r. przez odpowiednią liczbę państw mają już charakter wiążący. Jednym z nich jest Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (International Covenant on Civil and Political Rights – ICCPR). W zapisach tego traktatu kładzie się wielki nacisk na równość wszystkich osób wobec prawa, zakazując jakiegokolwiek dyskryminacji ze względu na takie cechy, jak „rasa, kolor skóry, płeć, język, religia, poglądy polityczne lub inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuacja majątkowa, urodzenie lub jakiegokolwiek inne okoliczności”. Tak szeroka zasada niedyskryminacji stosuje się w szczególności także do opieki zdrowotnej, zakazując jakiegokolwiek nierówności w udzielaniu publicznie dostępnych świadczeń medycznych (aczkolwiek sama w sobie nie określa, jakie to świadczenia mają być publicznie dostępne). Godny uwagi jest również artykuł 4.1 tego paktu, w którym czytamy:

W przypadku gdy wyjątkowe niebezpieczeństwo publiczne zagraża istnieniu narodu i zostało ono urzędowo ogłoszone, Państwa Strony niniejszego Paktu mogą podjąć kroki mające na celu zawieszenie stosowania zobowiązań wynikających z niniejszego Paktu w zakresie ściśle odpowiadającym wymogom sytuacji, pod warunkiem, że kroki te nie są sprzeczne z innymi ich zobowiązaniami wynikającymi z prawa międzynarodowego i nie pociągają za sobą dyskryminacji wyłącznie z powodu rasy, koloru skóry, płci, języka, religii lub pochodzenia społecznego⁸.

Do tych skądinąd ważnych obowiązków, które tracą swoją ważność w sytuacji wyjątkowego niebezpieczeństwa publicznego, należą zapewne także obowiązki indywidualnej opieki zdrowotnej. Nie jest całkiem jasne, czy niebezpieczeństwa z obszaru zdrowia publicznego, np. groźne epidemie, da się zaliczyć do zdarzeń zagrażających istnieniu narodu. Jeżeli jednak tak, to przytoczona norma zdaje się uznawać priorytet zdrowia publicznego przed prawem do indywidualnej opieki zdrowotnej⁹.

⁸ “In time of public emergency which threatens the life of the nation and the existence of which is officially proclaimed, the States Parties to the present Covenant may take measures derogating from their obligations under the present Covenant to the extent strictly required by the exigencies of the situation, provided that such measures are not inconsistent with their other obligations under international law and do not involve discrimination solely on the ground of race, colour, sex, language, religion or social origin”.

⁹ Por. Goodman [2005] s. 652.

Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (1966)

W 1966 r. uchwalono również Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR). Artykuł 12 tego traktatu odnosi się wprost do prawa do zdrowia. W jego ustępie 1 czytamy:

Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu [ochrony]¹⁰ zdrowia fizycznego i psychicznego.

W ustępie 2 tegoż artykułu wymienia się pewne „kroki, jakie Państwa Strony niniejszego Paktu powinny podjąć dla osiągnięcia pełnego wykonania tego prawa”. Mają one obejmować „środki konieczne do: a) zapewnienia zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz do zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka; b) poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach; c) zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania; d) stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby”.

Przytoczony fragment mówi jednak tylko o działaniach, które są – czy raczej byłyby – konieczne do pełnej realizacji prawa do opieki zdrowotnej. Nie mówi on nic o krokach, które powinno podjąć państwo przynajmniej w danym etapie niezdolne do pełnej realizacji tego perspektywicznego celu. Te ostatnie działania stara się określić artykuł 2.1 omawianego traktatu:

Każde z Państw Stron niniejszego Paktu zobowiązuje się podjąć odpowiednie kroki indywidualnie i w ramach pomocy i współpracy międzynarodowej, w szczególności w dziedzinie gospodarki i techniki, wykorzystując maksymalnie dostępne mu środki, w celu stopniowego osiągnięcia pełnej realizacji praw uznanych w niniejszym Pakcie wszelkimi sposobami, włączając w to w szczególności podjęcie kroków ustawodawczych¹¹.

¹⁰ W oryginalnym brzmieniu tego dokumentu uznawane tutaj prawo jest określa się jako „the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”. Tak więc polskie tłumaczenie wprowadza z pozoru drobną, ale istotną poprawkę do tego zapisu, nie mówiąc już o prawie do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu *samego zdrowia* fizycznego i psychicznego, lecz tylko o prawie do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu *ochrony* obu tych składników zdrowia.

¹¹ “Each State Party to the present Covenant undertakes to take steps, individually and through international assistance and co-operation, especially economic and technical, to the maximum of its available resources, with a view to achieving progressively the full realization of the rights recog-

Przytoczony zapis zawiera pewną ważną normę, którą nazywa się często zasadą stopniowej realizacji. Zdaje się on zatem odchodzić od podobnej, lecz mocniejszej dyrektywy zawartej w równoległym artykule 2.1 ICCPR; w tym ostatnim bowiem czytamy, że „[k]ażde z Państw-Stron niniejszego Paktu zobowiązuje się przestrzegać i zapewnić wszystkim osobom, które znajdują się na jego terytorium i podlegają jego jurysdykcji, prawa uznane w niniejszym Pakcie, bez względu na jakiegokolwiek różnice”, co przynajmniej może być – i faktycznie bywa¹² – interpretowane jako wymaganie, aby wszystkie prawa uznane w traktacie zostały zrealizowane niezwłocznie.

Deklaracja z Ałma-Ata (1978)

Innym ważnym dokumentem ONZ dotyczącym również prawa do zdrowia jest Deklaracja z Ałma-Ata. Zawiera ona ustalenia przyjęte przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia poświęcone Podstawowej Opiece Zdrowotnej, które odbyło się we wrześniu 1978 r. w ówczesnej stolicy Kazachstanu. Deklaracja zasadniczo podtrzymuje szeroką definicję zdrowia z preambuły WHO. Potwierdza zatem z naciskiem, że zdrowie, będące stanem pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub ułomności, jest „fundamentalnym prawem człowieka” i że osiągnięcie najwyższego poziomu zdrowia, jaki jest tylko możliwy, stanowi „najważniejszy społeczny cel w skali światowej” (I). Pojawiają się w niej jednak także pewne nowe akcenty. W punkcie IV stwierdza się zatem, że „[l]udzie mają prawo i obowiązek uczestniczyć jako jednostki i w grupach w planowaniu i wdrażaniu ich opieki zdrowotnej”. W punkcie V Deklaracja próbuje podyktować Rządom, co mają czynić, aby wywiązać się ze swojej odpowiedzialności za zdrowie obywateli. Mówi się zatem, że spełnienie tego obowiązku możliwe jest „tylko poprzez zapewnienie odpowiedniego zdrowia i przedsięwzięć socjalnych”. Ten odpowiedni (*adequate*) – a więc już niekoniecznie najwyższy, jaki tylko daje się osiągnąć – poziom zdrowia zostaje też w pewien sposób dookreślony w sformułowanym bezpośrednio dalej postulacie, wskazującym pewne naczelne zadanie „rządów, organizacji międzynarodowych i całej światowej społeczności w nadchodzących dekadach”. Tym perspektywicznym celem ma być mianowicie „uzyskanie przez wszystkie [ludy] świata do roku 2000

nized in the present Covenant by all appropriate means, including particularly the adoption of legislative measures”.

¹² Por. CESCR [1991].

poziomu zdrowia, jaki pozwoli im prowadzić społecznie i ekonomicznie produktywne życie”¹³.

Kluczową rolę w realizacji wytkniętego celu ma spełniać podstawowa opieka zdrowotna (*primary health care*), która zostaje tutaj określona i jako zasadnicza opieka zdrowotna (*essential health care*) – czyli opieka zaspokajająca najbardziej podstawowe potrzeby zdrowotne – i (bardziej zgodnie ze znaczeniem nadawanym tej nazwie w polskich regulacjach) jako opieka medyczna pierwszego stopnia czy też pierwszego kontaktu: „pierwszy poziom kontaktu jednostek, rodzin i społeczności lokalnej z krajowym systemem opieki zdrowotnej” (VI). Omawiany dokument wymienia również rodzaje świadczeń czy też działań, składających się na ten pierwszy poziom systemu opieki. Otóż podstawowa opieka zdrowotna

[...] składa się przynajmniej z: edukacji dotyczącej najczęstszych problemów zdrowotnych i ich zwalczania; promocji zaopatrzenia w żywność i właściwego odżywiania; odpowiedniego zaopatrzenia w bezpieczną wodę i podstawowe warunki sanitarne; opieki nad zdrowie matki i dziecka, łącznie z planowaniem rodziny; szczepień przeciw głównym chorobom zakaźnym; zapobiegania i zwalczania występujących lokalnie chorób endemicznych; właściwego leczenia powszechnych chorób i urazów; oraz dostarczania podstawowych leków (*essential drugs*).

Jak stąd widać, podstawowa opieka zdrowotna w rozumieniu omawianej Deklaracji obejmuje nie tylko fundamentalną warstwę opieki zdrowotnej w węższym rozumieniu; w jej skład wchodzi również społeczna, a szczególnie państwowa aktywność, mające na celu zaopatrzenie ludności w elementarne dobra warunkujące zdrowie.

Rezolucja „Zdrowie dla wszystkich” (1977)

W maju 1977 r. trzynasta Światowa Konferencja Zdrowia (World Health Assembly) wydała rezolucję WHA30.43, w której wskazała na to, co uznała za główny społeczny cel dla rządów państw i dla organizacji międzynarodowych – w tym również dla samej WHO – na następne dekady. Tym perspektywicznym zadaniem wszystkich wymienionych podmiotów miało być nie mniej ni więcej,

¹³ W oryginale pojawia się tutaj wyraz „peoples”, który w polskim przekładzie zostaje oddany przez „ludzi”. To niedokładne tłumaczenie jeszcze bardziej zaostreza paradoksalny sens tego twierdzenia, które – wbrew oczywistym trudnościom praktycznym – zdaje się zakładać możliwość doprowadzenia wszystkich ludzi w świecie do stanu pozwalającego im prowadzić „społecznie i ekonomicznie produktywne życie”. Zarysowany projekt byłby na pewno nieco mniej utopijny, gdyby przyjąć, że chodzi tutaj o społecznie i ekonomicznie produktywne życie całego „ludu” czy też narodu, warunkowane przez odpowiedni poziom zdrowia publicznego, a nie o społeczną i ekonomiczną produktywność poszczególnych członków tego narodu.

jak zapewnienie wszystkim ludziom w świecie do roku 2000 takiego poziomu zdrowia, który pozwoliłby im prowadzić „społecznie i ekonomicznie produktywne życie”.

Jaki stosunek zachodzi między tym programem – znanym pod nazwą „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” – a konstytucyjnym celem Światowej Organizacji Zdrowia, którym – jak już widzieliśmy wcześniej – miało być „osiągnięcie przez wszystkie ludy możliwie najwyższego poziomu zdrowia”? Sama lakoniczna rezolucja WHA30.43 nie rozstrzyga tej kwestii, lecz pewne światło rzuca na nią wydany kilka lat później dokument WHO pod sztandarową nazwą „Global Strategy for Health for All by the Year 2000”. Znajdujemy w nim takie oto wyjaśnienie, co oznacza hasło „zdrowie dla wszystkich”:

Oznacza ono po prostu urzeczywistnienie celu WHO, jakim jest „osiągnięcie przez wszystkich ludzi najwyższego możliwego poziomu zdrowia i [oznacza ono], że minimum tego [czego wymaga urzeczywistnienie tego celu] jest uzyskanie przez wszystkich ludzi we wszystkich krajach przynajmniej takiego poziomu zdrowia, który uzdalniałby ich do produktywnej pracy i do czynnego udziału w społecznym życiu wspólnoty, do której należą. Aby osiągnąć taki poziom zdrowia, każda jednostka powinna mieć dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, a poprzez nią do wszystkich poziomów całościowego systemu ochrony zdrowia”¹⁴.

Postulat, aby do roku 2000 wszyscy ludzie we wszystkich krajach osiągnęli „przynajmniej” (*at least*) taki poziom zdrowia, który by im pozwalał prowadzić produktywne lub aktywne życie, mógł zapewne już w czasie ogłoszenia rezolucji wywoływać uśmiech niedowierzania, nawet jeżeli tę aktywność czy też produktywność rozumiano możliwie szeroko. Chciałoby się zapytać, czy w owym czasie rok 2000 był jeszcze postrzegany jako na tyle odległy, aby nadawał się na bezpieczny termin utopijnego projektu. Rozumiemy jednak, że doprowadzenie do powszechnej aktywności lub produktywności wydawało się mimo wszystko zadaniem skromniejszym, niż zapewnienie każdemu obywatelowi świata pełni dóbr życiowych. Tak więc program „zdrowia dla wszystkich” nie wyrzeka się wprawdzie ostatecznego maksymalistycznego celu WHO, ale uzupełnia go o cel pośredni lub bliższy, przynajmniej przedstawiany jako minimalistyczny.

¹⁴ „It means simply the realization of WHO's objective of 'the attainment by all peoples of the highest possible level of health'; and that as a minimum all people in all countries should have at least such a level of health that they are capable of working productively and of participating actively in the social life of the community in which they live. To attain such a level of health every individual should have access to primary health care and through it to all levels of a comprehensive health system”, WHO [1981].

Warto dodać, że to minimalistyczne, czy raczej funkcjonalistyczne rozumienie celu opieki zdrowotnej – jego korzenie sięgają do *Państwa* Platona – przenika także do samej definicji zdrowia, sformułowanej przez WHO. W jednym z artykułów ówczesnego prezydenta tej organizacji, Halfdana Mahlera czytamy mianowicie:

Hasło „zdrowie dla wszystkich” znaczy, że zdrowie powinno znaleźć się w zasięgu każdego człowieka w danym kraju. A przez „zdrowie” rozumie się stan osobistej pomyślności, nie tylko dostęp do świadczeń zdrowotnych – stan zdrowotny, który pozwala pewnej osobie prowadzić społecznie i ekonomicznie produktywne życie¹⁵.

Tak zatem zdrowie – jako właściwy cel opieki i polityki zdrowotnej – i tutaj nie jest tylko jednym z dóbr życiowych („brakiem choroby i ułomności”), lecz raczej jest utożsamiane z ogółem tych dóbr, czyli dobrostanem. Gdy jednak chodzi o poziom tego dobrostanu tożsamego ze zdrowiem, nie jest on już określany jako najwyższy z możliwych, lecz tylko jako taki, który pozwala prowadzić produktywne życie; zakłada się bowiem przy tym najwyraźniej, że produktywne życie może prowadzić również niejedna osoba, która nie posiada wszystkich życiowych dóbr, składających się na pełną pomyślność, a nawet nie realizuje w pełni tego dobra, jakim jest lepsze lub gorsze zdrowie.

II

W 1985 r. przy ONZ została powołany Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (The Committee on Economic, Social and Cultural Rights – CESCR). Należących do niego 18 ekspertów rozpatruje przedstawiane co pięć lat raporty państw członkowskich ONZ, dotyczące stanu realizacji ICESCR. Komitet wydaje jednak także Ogólne Komentarze (General Comments) na temat znaczenia i możliwego wdrażania poszczególnych zapisów tego traktatu, komentarze, które od różnych stron rozjaśniają także prawo do zdrowia. Specjalnie temu prawu poświęcony jest Ogólny Komentarz nr 14 (2000): *The right to the highest attainable standard of health*; ważne uwagi na temat prawa do zdrowia znajdujemy jednak również w komentarzach nr 3 (1990): *The Nature of States Parties' Obligations*; nr

¹⁵ „Health For All means that health is to be brought within reach of everyone in a given country. And by "health" is meant a personal state of well being, not just the availability of health services – a state of health that enables a person to lead a socially and economically productive life”, Mahler [1981] s. 6.

19 (2008): The right to social security i nr 20 (2009): Non-discrimination in economic, social and cultural rights.

Godna uwagi interpretacja niektórych artykułów ICESCR zawiera się również w „Zasadach limburgskich”¹⁶, firmowanym przez ONZ dokumencie, opracowanym przez grupę ekspertów z zakresu prawa międzynarodowego, którzy spotkali się w czerwcu 1986 r. na konferencji współorganizowanej przez Międzynarodowy Uniwersytet w Limburgii (w Maastricht w Holandii) w celu przedyskutowania natury i zakresu obowiązków, nakładanych na Państwa Strony przez ICESCR.

Wymienione komentarze ekspertów ONZ zawierają pewnego rodzaju teorię prawa do zdrowia, w której można wyróżnić trzy szczególnie interesujące nas części składowe. Jedna z nich dotyczy różnych praw związanych ze zdrowiem, czyli składników zbiorczego „prawa do zdrowia”, druga warunków urzeczywistnienia prawa do zdrowia, czyli dostępu do dóbr związanych ze zdrowiem, trzecia zaś obowiązków, które prawo do zdrowia nakłada na państwo.

A. RODZAJE PRAW ZWIĄZANYCH ZE ZDROWIEM

W komentowanym artykule 12 ICESCR stwierdza się między innymi, że „Państwa Strony wspomnianego Paktu „uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia fizycznego i psychicznego”. Odnosząc się do tego zapisu autorzy Ogólnego Komentarza nr 14 potwierdzają najpierw szeroki zakres uznawanego w nim prawa. Podkreślają zatem, że chociaż w traktacie z 1966 r. nie zakłada się kontrowersyjnej definicji zdrowia WHO, określającej zdrowie jako „stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niesprawności”, to jednak uznawane w nim prawo do „najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia fizycznego i psychicznego” – już nie ze względu na konstytutywne elementy zdrowia, ale z uwagi na jego zewnętrzne warunki – nie ogranicza się do prawa do opieki zdrowotnej. Przeciwnie, obejmuje ono również prawo do szeregu „czynników warunkujących zdrowie” (*underlying determinants of health*), takich jak zdrowe pożywienie, zdrowe mieszkanie, zdrowe środowisko itd.¹⁷ Można by również powiedzieć, że jeśli prawo do zdrowia ujmuje się jako prawo do *dóbr* związanych ze zdrowiem, to obejmuje ono nie tylko prawo do dóbr konstituujących zdrowie, takich jak fizyczna sprawność czy też nieobecność bólu, o które ma się troszczyć wężiej rozumiana opieka zdrowotna lub ochrona zdrowia, lecz także prawo do dóbr warunkujących

¹⁶ Zob. Limburg Principles [1987].

¹⁷ Por. tamże, s. 4.

zdrowie, o które troszczą się inne działy opieki czy też ochrony społecznej. Podobne rozróżnienie można naturalnie przeprowadzić, jeżeli prawo do zdrowia ujmuje się raczej jako prawo do świadczeń związanych ze zdrowiem. W takim wypadku należy powiedzieć, że prawo do zdrowia obejmuje zarówno prawo do świadczeń zdrowotnych, jak i prawo do innych świadczeń społecznych, wywierających pewien wpływ na zdrowie.

Następnie, autorzy Komentarza nr 14 stwierdzają, że w skład prawa do zdrowia wchodzi zarówno pewne wolności (*freedoms*), jak i uprawnienia (*entitlements*). Do zawartych w nim wolności zaliczają z jednej strony „prawo do kontrolowania swojego zdrowia i ciała” (*the right to control one's health and body*) – czy może raczej do decydowania o swoim zdrowiu i ciele – obejmujące wolność seksualną i prokreacyjną, z drugiej zaś strony prawo do bycia wolnym od niepożądanych ingerencji w sferę zdrowia, takich jak stosowanie tortur, niedobrowolne leczenie lub przeprowadzanie eksperymentów medycznych¹⁸. Jak warto odnotować, pomiędzy tymi dwiema wolnościami zachodzi wyraźna różnica. Pierwszą z nich można by nazwać *wolnością we własnych działaniach* – w tym wypadku w działaniach związanych ze zdrowiem – przy czym jest jeszcze do rozważania, czy owa wolność polega na tym, że każdemu jest po prostu wolno po swojemu troszczyć się (lub też nie troszczyć się) o swoje zdrowie, tzn. że nie czyni przez to nic niedozwolonego, czy raczej na tym, że nikt nie powinien przeszkadzać drugiej osobie w troszczeniu się na swój sposób (lub nietroszczeniu się wcale) o jej własne zdrowie. Druga wolność, zaliczana przez autorów do prawa do zdrowia, jest natomiast wolnością od działań innych, przy czym i tym razem chodzi o działania związane ze zdrowiem; polega ona na moim prawie do tego, aby inni powstrzymywali się od ingerencji w taki czy inny sposób wkraczających w moją sferę zdrowia, a w każdym razie nie podejmowali ich bez mojej zgody.

Mówiąc o uprawnieniach (*entitlements*) autorzy CESCR (2000) nie rozumieją ich w tym znaczeniu, w którym „uprawnienie” jest bądź to wyraźniejszym synonimem, bądź to pewnym szczególnym aspektem jakiegokolwiek „prawa do czegoś”. W tym ogólnym rozumieniu uprawniony (czy też upoważniony) jestem do wszystkiego, do czego mam prawo, a więc na przykład także do tego, aby inni nie podejmowali w stosunku do mnie określonych działań (nie poddawali mnie niedobrowolnej operacji, nie przeprowadzali na mnie bez mojej zgody eksperymentów medycznych itp.). Uprawnienia przeciwstawiane wolnościom rozumie się jednak najwyraźniej w węższym sensie, w którym przedmiotem uprawnienia

¹⁸ Można się zastanawiać, czy te obywatelskie wolności rzeczywiście powinny być zaliczane do prawa do zdrowia (wątpliwości co do tego zgłasza na przykład Brigit Toebes [1999] s. 676).

jednej osoby są właśnie pewne pozytywne zachowania czy też działania, podejmowane wobec niej przez inne osoby. Ogół tych pozytywnych działań czy też świadczeń, dotyczących wszystkich członków społeczeństwa i wiążących się z ich zdrowiem, autorzy określają jako system. ochrony zdrowia. I w konsekwencji twierdzą, że podstawowym uprawnieniem, zawierającym się w prawie do zdrowia, jest „prawo do systemu ochrony zdrowia, który zapewnia ludziom równą możliwość korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia”¹⁹.

Zauważmy następnie, że dwa wskazane wyżej podziały, odnoszące się (także lub specjalnie) do praw związanych ze zdrowiem – rozróżnienie praw dotyczących dóbr, które konstytuują zdrowie oraz praw dotyczących dóbr, które warunkują zdrowie i rozróżnienie wolności (lub praw negatywnych) oraz uprawnień (lub praw pozytywnych) – są od siebie niezależne, gdyż przeprowadzane jak gdyby w dwóch różnych wymiarach. Po ich skrzyżowaniu otrzymujemy zatem cztery klasy praw związanych ze zdrowiem: (1) wolności w zakresie dóbr konstytuujących zdrowie; (2) wolności w zakresie dóbr warunkujących zdrowie; (3) uprawnienia w stosunku do dóbr konstytuujących zdrowie i (4) uprawnienia w stosunku do dóbr warunkujących zdrowie.

B. WARUNKI DOSTĘPU DO DÓBR ZWIĄZANYCH ZE ZDROWIEM

Autorzy Ogólnego Komentarza nr 14 przyjmują, że prawo do zdrowia – rozpatrywane od strony jego przedmiotów – odnosi się do pewnych środków, dóbr oraz świadczeń związanych ze zdrowiem (*health facilities, goods and services*). Aby prawo do zdrowia było w pewnym państwie faktycznie szanowane czy też realizowane, te wiążące się ze zdrowiem środki, dobra i świadczenia muszą spełniać cztery warunki, w cytowanym komentarzu określane również (dosyć ogólnikowo) jako „elementy prawa do zdrowia”.

Pierwszym z tych elementów jest warunek osiągalności (*availability*): każde z Państw-Stron, zawierających omawiany traktat, powinno zadbać o to, aby świadczenia, dobra oraz środki, mieszczące się w zakresie prawa do zdrowia, były w nim osiągalne „w dostatecznej ilości”, która przy tym może dla każdego państwa przedstawiać się różnie, zależnie od zdrowotnych potrzeb jego mieszkańców, jak i od stanu jego zasobów.

Drugim warunkiem, jaki muszą spełniać środki, dobra i świadczenia, stanowiące przedmiot respektowanego prawa do zdrowia, jest ich dostępność (*accessibility*): muszą być one dostępne dla wszystkich osób, podpadających pod jurysdykcję danego państwa, bez dyskryminowania którejkolwiek z nich. W ujęciu

¹⁹ Por. tamże, p. 8.

autorów Komentarza nr 14 na tę powszechną dostępność składają się jeszcze cztery różne cechy: wspomniany już brak dyskryminacji (dostęp do usług czy dóbr, do których upoważnia prawo do zdrowia, nie powinien być uzależniany od takich „dystrybucyjnie nieistotnych” cech uprawnionych osób jak ich płeć, rasa, narodowość czy też miejsce zamieszkania); dostępność fizyczna (dobra i świadczenia, wchodzące w zakres prawa do zdrowia, muszą znajdować się w „fizycznym zasięgu” wszystkich uprawnionych); dostępność ekonomiczna, czyli osiągalność po przystępnej cenie (*affordability*): świadczeniem lub dobrem wchodzącym w zakres prawa do zdrowia jest naprawdę tylko takie dobro lub świadczenie, na które każdy może sobie pozwolić; dostępność informacji (*information accessibility*): prawo do zdrowia obejmuje również prawo do poszukiwania i otrzymywania, a także przykazywania informacji związanych ze zdrowiem (o ile tylko to nie kłóci się z zasadą poufności)²⁰.

Trzecią cechą, jaką muszą posiadać dobra lub usługi włączane w zakres prawa do zdrowia, jest ich akceptowalność (*acceptability*): powinny one być „do przyjęcia” tak dla tych, którzy je świadczą, jak i dla osób, którym są świadczone, tzn. dostosowane zarówno do zasad etyki medycznej, jak i do kulturowych norm ich odbiorców.

Po czwarte wreszcie, świadczenia i dobra, wchodzące w zakres prawa do zdrowia, powinny cechować się dobrą jakością (*quality*); warunkiem tej dobrej jakości jest na przykład wysoki poziom wykształcenia personelu medycznego, odpowiedni stan wyposażenia szpitali itp.

C. OBOWIĄZKI PAŃSTWA W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA

1. Obowiązek stopniowej realizacji prawa do zdrowia

Zgodnie z przytoczonym artykułem 2.1 ICESCR obowiązkiem wszystkich państw sygnatariuszy jest stopniowe urzeczywistnianie (*progressive realisation*) praw uznanych w pakcie. Pakt nie zobowiązuje zatem wszystkich państw do tego, aby natychmiast wprowadziły w życie zawarte w nim prawa, licząc się z niedobo-

²⁰ Warunek wystarczającej dostępności informacji medycznej może pociągać za sobą różne wymagania, zależnie od ilości posiadanych środków finansowych, których można użyć dla zapewnienia tej dostępności. Taki sam dostęp do informacji medycznej, który ocenia się jako wystarczający w kraju ubogim, może być oceniany jako niedostateczny w kraju o większych zasobach. Interesujący przypadek, w którym wymagania dotyczące informacji medycznej posuwają się dosyć daleko, opisuje Special Reporteur 2007. W kanadyjskiej sprawie *Eldridge v. British Columbia* grupa osób głuchych wniosła skargę na brak tłumaczy języka migowego w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Najwyższy Sąd stwierdził, że skarga jest uzasadniona, uznając, że władze państwowe mają obowiązek troszczyć się o szczególne potrzeby pacjentów niepełnosprawnych. W konsekwencji orzekł, że głusi pacjenci w ośrodkach publicznej opieki zdrowotnej powinni mieć możliwość skorzystania z pomocy odpowiednio wyszkolonych tłumaczy języka migowego i że brak takiej możliwości jest przejawem dyskryminacji (tamże, s. 18).

rem środków, który nie pozwoliłby znacznej części z nich wywiązać się z takiego wymagającego obowiązku. Każde państwo powinno jednak realizować prawa człowieka, a szczególnie uprawnienie do opieki zdrowotnej, w takim stopniu i w takim tempie, na jakie pozwalają mu osiągalne zasoby.

Z tak sformułowanej zasady stopniowej realizacji – rozluźniającej, jak wskazyaliśmy powyżej, równoległa norma zawarta w art. 2.1 ICCPR – można by wyciągnąć dwojaką konkluzję, gdy chodzi o rzeczywiste znaczenie prawa do zdrowia lub do opieki zdrowotnej. Z jednej strony, uzależniając obowiązek realizacji praw uznanych w Pakcie od środków czy też zasobów (*resources*), które ma do dyspozycji dane państwo, zdaje się on niejako urealniać także i to prawo. Z drugiej jednak strony cytowany artykuł ma również tendencję jak gdyby „rozbrajać” lub „unieszkodliwiać” zarówno to omawiane przez nas, jak i każde inne z deklarowanych praw, tzn. pozbawiać je wszelkiej normatywnej ostrości; skoro bowiem państwa, które podpisały się pod Paktem, są zobowiązane realizować uznane w nim prawa jedynie „stopniowo” (*progressively*), tzn. w coraz większej mierze, lecz cały czas w granicach swoich możliwości, i skoro mogą one spełniać ten obowiązek we współpracy z innymi państwami, to te spośród nich, które nie tylko „w pełni”, lecz niemal wcale nie realizują owych praw mogą się zawsze rozgrzeszać i usprawiedliwiać, że zajmą się ich realizacją dopiero za jakiś czas lub że przestąpią do niej, gdy otrzymają wystarczającą pomoc międzynarodową.

Późniejsi komentarzy, broniący prawa do zdrowia jako jednego z realnych praw, pociągających za sobą określone obowiązki różnego rzędu podmiotów, a zwłaszcza instytucji państwowych, starali się zapobiec – a przynajmniej zakreślić granice – tej „unieszkodliwiającej” interpretacji wszelkich praw człowieka. Istotne kroki w tym kierunku poczyniono najpierw w „Zasadach limburskich”. Autorzy tego dokumentu komentują punkt po punkcie artykuł 2.1, uwyrażniając, a często i dookreślając sens zawartych w nim sformułowań. Gdy zatem w omawianym artykule stwierdza się, że każde z Państw Stron zobowiązuje się dążyć do pełnej realizacji praw uznanych w Pakcie „wszelkimi sposobami, włączając w to w szczególności podjęcie kroków ustawodawczych”, chodzi – zgodnie z ich komentarzem – przede wszystkim o to, że każde państwo powinno niezwłocznie podjąć odpowiednie kroki w kierunku realizacji wskazanego celu. W tych odpowiednich krokach należą odpowiednie decyzje ustawodawcze, ale one same nie są wystarczające. Oprócz reform ustawodawczych państwo powinno również wprowadzić odpowiednie zmiany administracyjne, gospodarcze, społeczne, jak również sędownicze (na wypadek, gdyby uchwalone ustawy były naruszane), a odpowiedzialność wszystkich tych środków powinna być nie tylko ustalana przez

dane państwo, lecz także poddawana ocenie przez Radę Gospodarczą i Społeczną Narodów Zjednoczonych.

Zobowiązując się do „stopniowego osiągnięcia pełnej realizacji praw” uznanych w Pakcie, każde państwo podejmuje się doprowadzić do pełnego urzeczywistnienia tych praw tak szybko, jak tylko możliwe. Zdaniem komentatorów ten zapis w żadnym wypadku nie oznacza, że państwa mają prawo odkładać starania o pełną realizację zaakceptowanych praw na bliżej nieokreśloną przyszłość. Niektóre z obowiązków nakładanych na państwa przez Pakt – jak obowiązek wprowadzenia stosownych zmian ustawodawczych, zakazujących dyskryminacji – mogą zostać wykonane niezwłocznie. Realizacja innych obowiązków musi być wprawdzie rozciągnięta w czasie, ale i ona nie powinna być uzależniana od pozyskania dodatkowych środków, lecz wymaga także bardziej efektywnego użycia zasobów już posiadanych.

Gdy twierdzi się, że państwo powinno dążyć do pełnej realizacji uznanych w Pakcie „wykorzystując maksymalnie dostępne mu środki”, przez dostępne środki rozumie się zasoby istniejące w samym państwie, jak i te, które są dla niego osiągalne dzięki współpracy i pomocy międzynarodowej. Obowiązek maksymalnego wykorzystania tych środków w dążeniu do pełnego urzeczywistnienia zaakceptowanych praw oznacza zaś, że realizacji tego celu należy przyznawać pierwszeństwo.

Gdy wreszcie twierdzi się, że każde z Państw Stron zobowiązuje się podjąć odpowiednie kroki „indywidualnie i w ramach pomocy i współpracy międzynarodowej”, zakłada się, że pierwszorzędnym celem tej pomocy i współpracy ma być pełne urzeczywistnienie podstawowych praw i wolności człowieka poprzez wprowadzenie społecznego i międzynarodowego ładu, w którym te prawa i wolności będą przestrzegane. W tej międzynarodowej współpracy i pomocy mają obowiązek uczestniczyć same Państwa Strony, ale ważną rolę powinny w niej również odgrywać organizacje międzynarodowe, a także instytucje pozarządowe.

Najważniejsze punkty „Zasad limburskich” zostają podtrzymane także w późniejszych oficjalnych komentarzach²¹. Jakkolwiek obowiązek doprowadzenia do optymalnego poziomu opieki zdrowotnej ma być również realizowany stopniowo, a więc rozciągnięty w czasie, to jednak w dziedzinie zdrowia – jak podkreślają komentatorzy – istnieją również obowiązki, które państwo powinno wykonać bezzwłocznie. Nie musi więc ono odkładać na później zastosowania zasady niedyskryminacji, zgodnie z którą wszystkim osobom należy zapewnić choćby najbardziej skromny, ale równy dostęp do opieki zdrowotnej. Nie powin-

²¹ Por. zwł. CESCR [1991, 2000]; WHO [2008].

no również odwlekać samego wszczęcia odpowiednich starań – czy też podjęcia stosownych kroków (*taking steps*) – w kierunku realizacji optimum opieki.

2. Zasada niedyskryminacji

W obu międzynarodowych traktatach z 1966 r. pojawia się w różnych kontekstach powtarzana norma, którą nazywa się zasadą niedyskryminacji. W ICCPR brzmi ona:

[Art. 2.1.] Każde z Państw-Stron niniejszego Paktu zobowiązuje się przestrzegać i zapewnić wszystkim osobom, które znajdują się na jego terytorium i podlegają jego jurysdykcji, prawa uznane w niniejszym Pakcie, bez względu na jakiegokolwiek różnice, takie jak: rasa, kolor skóry, płeć, język, religia, poglądy polityczne lub inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuacja majątkowa, urodzenie lub jakiegokolwiek inne okoliczności²².

Podobny zapis występuje w ICESCR:

[Art. 2.2.] Państwa Strony niniejszego Paktu zobowiązują się zagwarantować wykonywanie praw wymienionych w niniejszym Pakcie bez żadnej dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne lub inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuację majątkową, urodzenie lub jakiegokolwiek inne okoliczności²³.

Przytoczone wersje zasady niedyskryminacji są niemal identyczne, z jedną istotną różnicą: o ile wersja z traktatu xxx zabrania po prostu odmiennego traktowania (*distinction*) jakichkolwiek osób ze względu na takie cechy, jak rasa, kolor skóry, płeć, język itp., o tyle wersja z ... jest sformułowana ostrożniej i zakazuje tylko ich dyskryminowania (*discrimination*) z wymienionych względów. Te sformułowania nie są równoważne, ponieważ nie każde traktowanie jednych osób inaczej niż innych musi być od razu dyskryminowaniem pierwszych albo drugich. Zgodnie z definicją, którą podaje się w komentarzu CESCR 2009:

²² "Each State Party to the present Covenant undertakes to respect and to ensure to all individuals within its territory and subject to its jurisdiction the rights recognized in the present Covenant, without distinction of any kind, such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status".

²³ "The States Parties to the present Covenant undertake to guarantee that the rights enunciated in the present Covenant will be exercised without discrimination of any kind as to race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status".

Dyskryminacja polega na wszelkiego rodzaju czynieniu różnicy, wykluczaniu, ograniczaniu lub preferowaniu, lub też innym traktowaniu w odmienny sposób, które opiera się bezpośrednio lub pośrednio na niedopuszczalnych podstawach dyskryminacji i które ma doprowadzić lub faktycznie prowadzi do tego, że niektórym osobom nie przyznaje się bądź to wcale, bądź w pewnym zakresie uznawanych praw, lub też pozbawia się je możliwości realizowania lub egzekwowania tych praw na równi z innymi osobami²⁴.

Tak więc dyskryminacja nie występuje w każdym przypadku, gdy jednemu osobom odmawia się posiadania (lub też odbiera możliwość realizowania) praw, które przyznaje się innym, lecz tylko wtedy, gdy czyni się między nimi tę różnicę z pewnego niedopuszczalnego, „zakazanego” powodu. Lista powodów, którymi nie wolno się kierować przy ułatwianiu lub też utrudnianiu różnym osobom realizacji uznawanych praw, jest w obu traktatach otwarta, ponieważ do figurujących na niej „niedopuszczalnych podstaw dyskryminacji” dodaje się jeszcze pozycję: „i inne okoliczności” (*other status*). Komentatorzy wypełniają tę lukę i wymieniają owe inne względy, które również często bywają faktycznym powodem – choć nigdy nie usprawiedliwiającą podstawą – traktowania jednych podmiotów praw inaczej niż innych. Z tych innych przyczyn dyskryminacji w naszym kontekście – czyli w związku z prawem do zdrowia – największe znaczenie posiadają trzy: niepełnosprawność, wiek i stan zdrowia. Jak podkreślają komentatorzy, żadna z tych cech nie stanowi podstawy, aby przy rozdziale odpowiednich dóbr²⁵, gwarantowanych przez prawa człowieka, traktować jedne osoby inaczej niż inne.

Aby zapobiec niewłaściwemu – a przede wszystkim zbyt wąskiemu – ujęciu zakresu „dyskryminacji”, komentatorzy dokonują w nim pewnych podziałów. Najpierw więc rozróżniają dyskryminację formalną (*formal*) i dyskryminację praktyczną (*substantive*), lub w innym w innym wariantcie terminologicznym – dyskryminację *de jure* oraz dyskryminację *de facto*. Dyskryminacją formalną lub dyskryminacją *de jure* nazywa się nierówność samych gospodarczych, społecznych i kulturalnych praw, przyznawanych poszczególnym osobom czy też grupom osób; dyskryminacją praktyczną lub dyskryminacją *de facto* jest natomiast

²⁴ CESCR [2009] s. 3: “discrimination constitutes any distinction, exclusion, restriction or preference or other differential treatment that is directly or indirectly based on the prohibited grounds of discrimination and which has the intention or effect of nullifying or impairing the recognition, enjoyment or exercise, on an equal footing, of Covenant rights”.

²⁵ W sformułowaniu „odpowiednich dóbr” wyraz „odpowiednich” trzeba by podkreślić. Zgodzimy się na przykład, że podeszły wiek cierpiącego pacjenta nie może być powodem, aby odmawiać mu środków znieczulających, które ordynuje się komuś młodszemu; nie mamy jednak pewności, czy to samo można powiedzieć, gdy chodzi o deficytowe środki przedłużające życie.

nierówna możliwość korzystania z posiadanych praw, wynikająca z niedostatku środków lub też z innych przyczyn²⁶. Następnie, tak w obrębie dyskryminacji de facto, jak i w zakresie dyskryminacji de jure należy jeszcze rozróżnić dyskryminację bezpośrednią oraz pośrednią. Bezpośrednia dyskryminacja występuje, „gdy pewna jednostka jest traktowana mniej korzystnie od innej osoby znajdującej się w podobnej sytuacji, z powodu opartego na pewnej niedopuszczalnej podstawie”; o pośredniej dyskryminacji mówimy w wypadku praw regulacji i praktyk, które na pozór wydają się neutralne, lecz które wywierają różny wpływ na realizację uznawanych praw w różnych grupach osób, i to bez dopuszczalnego powodu, usprawiedliwiającego czynienie różnicy między tymi osobami; tak jest na przykład, gdy przy zapisie do szkoły wymaga się świadectwa urodzenia, którego dzieci z pewnych etnicznych mniejszości po prostu nie mają²⁷.

3. Trzy typy obowiązków wobec prawa do zdrowia

Podpisując się pod dokumentem uznającym pewne prawa człowieka, każde z państw sygnatariuszy przyjmuje odpowiednie obowiązki wobec uznanych praw. Czym jednak są te „odpowiednie obowiązki”? W jednym z artykułów ICCPR czytamy:

[Art. 2.1.] Każde z Państw-Stron niniejszego Paktu zobowiązuje się przestrzegać i zapewnić wszystkim osobom, które znajdują się na jego terytorium i podlegają jego jurysdykcji, prawa uznane w niniejszym Pakcie, bez względu na jakiegokolwiek różnice [...] ²⁸.

W oryginalnym brzmieniu tego artykułu używa się dwóch słów na oznaczenie działań, do których zobowiązuje się każde z Państw-Stron: słowa *respect* i słowa *ensure*. Każde państwo ma zatem najpierw obowiązek przestrzegać praw uznanych w Pakcie, czy też szanować je lub respektować. Następnie, każde państwo jest również zobowiązane „zapewnić” wszystkim osobom, które znajdują się na jego terytorium, możliwość realizacji tych akceptowanych praw. Można przyjąć, że aby przestrzegać jakiegoś prawa, państwa muszą jedynie powstrzymać się od jego naruszania, a więc np. nie uniemożliwiać ani nie utrudniać żadnym jednostkom realizacji tych praw. Co natomiast mają one czynić, aby „zapewnić”

²⁶ Zob. Zasady limburskie, s. 212; por. także CSCR [2009] s. 3.

²⁷ Zob. CESCR [2009] s. 4.

²⁸ “Each State Party to the present Covenant undertakes to respect and to ensure to all individuals within its territory and subject to its jurisdiction the rights recognized in the present Covenant, without distinction of any kind”.

wszystkim osobom możliwość urzeczywistnienia – czy też wyegzekwowania – pewnego przysługującego im prawa?

W szeregu późniejszych komentarzy ten ciężący na państwie obowiązek zapewnienia ich obywatelom (czy też wszystkim osobom podlegającym ich jurysdykcji) możliwości urzeczywistnienia uznawanych praw zostaje jeszcze rozłożony na dwie części składowe: obowiązek ochrony tych praw i obowiązek ich wypełniania. W rezultacie wyróżnia się trzy główne typy obowiązków²⁹, z których powinno wywiązać się państwo w stosunku do każdego z uznawanych przez nie praw człowieka, a w szczególności prawa do zdrowia. W Komentarzu nr 14 powiada się zatem, że „[p]rawo do zdrowia, jak wszystkie prawa człowieka, nakłada na Państwa Strony trzy typy lub poziomy obowiązków: obowiązki szanowania, obowiązki ochrony i obowiązki wypełniania” (para. 33). Aby szanować (*respect*) prawo do zdrowia, państwo powinno samo powstrzymać się od jego naruszania; aby chronić (*protect*) prawo do zdrowia, powinno powstrzymać się od jego naruszania innych; aby wreszcie wypełniać (*fulfil*) to prawo, powinno wykonywać czynności niezbędne do jego pełnej realizacji.

Sens rozróżnienia tych trzech „typów lub poziomów” obowiązków, nakładanych na państwo przez każde prawo człowieka, a w szczególności przez prawo do zdrowia, nie jest całkiem jasny. Mówiąc o różnych „poziomach” obowiązków sugeruje się, że są to za każdym razem różne obowiązki, generowane przez jedno i to samo prawo³⁰. Takie ujęcie byłoby rzeczywiście usprawiedliwione, gdyby „prawo do zdrowia” oznaczało pewne jedno fundamentalne prawo (np. prawo do bycia tak zdrowym, jak to jest tylko możliwe) leżące u podstaw wszystkich wtórnych czy też nadbudowanych praw związanych ze zdrowiem. Jak jednak widzieliśmy powyżej, częściej spotyka się pogląd, zgodnie z którym „prawo do zdrowia” jest raczej zbiorczym określeniem całej tej rodziny „praw zdrowotnych”, nadbudowanych co najwyżej na pewnym jednym wspólnym *dobru*, którym jest zdrowie. A na takim stanowisku relacja między obowiązkami szanowania i ochrony prawa do zdrowia z jednej strony oraz obowiązkami jego wypełniania z drugiej jest raczej relacją pomiędzy grupami obowiązków, odpowiadającymi dwóm *różnym* rodzajom praw, związanych ze zdrowiem, podobnie jak z każdym podstawowym

²⁹ Jak podaje między innymi Kinney [2008], autorem tego trójczłonowego rozróżnienia jest Asbjørn Eide, „Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights”, [w]: *Economic, Social and Cultural Rights* 21 (Asbjørn Eide, Catarina Krause & Allan Rosas eds., 1995).

³⁰ Taką interpretację zdaje się przymować Toebes ([1999] s. 677), która utożsamia obowiązki szanowania prawa do zdrowia z negatywnymi obowiązkami generowanymi przez to prawo, natomiast obowiązki ochrony i wypełniania prawa do zdrowia z odpowiadającymi mu obowiązkami pozytywnymi.

dobrem, mianowicie wolnościom oraz uprawnieniom. O ile więc obowiązki szanowania prawa do zdrowia oraz chronienia tego prawa polegałyby na nienaruszaniu lub ochronie kryjących się za tym prawem (negatywnych) wolności, o tyle obowiązki wypełniania „tego samego” prawa do zdrowia polegałyby na realizowaniu zawartych w nim (pozytywnych) uprawnień.

Tę interpretację zdają się potwierdzać dalsze objaśnienia trzech wyróżnionych typów obowiązków nakładanych przez prawo do zdrowia, jakie podają komentatorzy. Jak już widzieliśmy, szanować prawo do zdrowia zgodnie z komentarzem CESCR (2000) znaczy tyle, co samemu powstrzymać się od jego naruszania. Państwo spełnia ten obowiązek, jeżeli nie odmawia ani nie utrudnia żadnym osobom, np. więźniom, azylantom lub członkom mniejszości etnicznych, dostępu do potrzebnych świadczeń zdrowotnych, nie zakazuje tradycyjnych form prewencji ani praktyk leczniczych, nie dopuszcza do obrotu niesprawdzonych leków. Prawo do zdrowia wymaga również, aby państwo wystrzegало się takich działań szkodzących zdrowiu jak zanieczyszczanie powietrza, wody i gleby, używanie lub testowanie broni nuklearnej, chemicznej lub biologicznej, czy też ograniczanie dostępu do usług zdrowotnych w czasie konfliktów zbrojnych.

Aby szanować prawo do opieki zdrowotnej, przysługujące pewnej osobie, państwo powinno powstrzymać się nie tylko od działań szkodzących lub zagrażających jej zdrowiu, lecz także od ingerencji w jej własne (prawnie dopuszczalne) działania, przez które ta osoba po swojemu dba o swoje zdrowie. Innymi słowy, szanowana przez państwo powinna być zarówno wolność od niepożądaných ingerencji w sferę zdrowia, jak i swoboda w indywidualnym troszczeniu się o swoje zdrowie. Pewien charakterystyczny przypadek nieuszanowania przez państwo – w tym wypadku peruwiański – tej drugiej wolności, rozpatrywany w sprawie *K.L. v. Peru*, opisuje *Special Rapporteur* (2007, s. 20). W sprawie tej skargę wniosła 17-letnia Peruwianka, której odmówiono terapeutycznej aborcji. Gdy K.L. znajdowała się w 14 miesiącu ciąży, lekarze w państwowym szpitalu w Limie rozpoznali u jej płodu anencefalię, zagrażającą zdrowiu pacjentki w razie podtrzymania ciąży. Zgodnie z peruwiańskim kodeksem karnym terapeutyczna aborcja jest dopuszczalna, jeżeli jest konieczna do ratowania życia lub zdrowia kobiety. Mimo to dyrektor szpitala (funkcjonariusz państwa!) odmówił K.L. wykonania zabiegu. Była zmuszona donosić płód do rozwiązania, a potem jeszcze karmić noworodka, aż do jego nieuchronnej śmierci kilka dni po urodzeniu. Komisja Praw Człowieka (Human Rights Committee) orzekła, że pozbawiając kobietę możliwości dokonania aborcji zgodnej z peruwiańskim kodeksem karnym, władze państwowe naruszyły swoje zobowiązania, wynikające z Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. Stwierdziła również, że władze mają obowiązek

podjąć odpowiednie kroki, aby zapobiec powtarzaniu się podobnych przypadków w przyszłości. Można dopowiedzieć, że uniemożliwiając pacjentce poddanie się dozwolonej i pożądanej aborcji państwo peruwiańskie nie spełniło obowiązku *szanowania* prawa do zdrowia. Podejmując odpowiednie kroki w celu zapobieżenia podobnym przypadkom w przyszłości, spełniłoby ono natomiast już raczej swój obowiązek *ochrony* prawa do zdrowia, a dokładniej – prawa do wolności w podejmowaniu dozwolonych decyzji zdrowotnych.

Chronić prawo do zdrowia to powstrzymać innych od jego naruszenia. Aby wywiązać się z tego obowiązku, państwo powinno „wprowadzić przepisy lub podjąć inne środki zapewniające równy dostęp do opieki zdrowotnej i do innych usług zdrowotnych, świadczonych przez trzecie strony, zadbać o to, aby prywatyzacja sektora zdrowotnego nie stanowiła zagrożenia dla osiągalności, dostępności, akceptowalności i dobrej jakości obiektów, dóbr i świadczeń służących zdrowiu, a także aby wykonawcy zawodów medycznych i inni pracownicy opieki zdrowotnej spełniali odpowiednie kryteria” (CESCR 2000, para. 35). Ochrona prawa do zdrowia wymaga również, aby państwo nie pozwalało na tradycyjnie stosowane w pewnych kręgach kulturowych, a szkodliwe dla zdrowia praktyki, jak na przykład obrzezanie dziewczynek³¹.

Obowiązek ochrony prawa do zdrowia – ujmowanego w jego szerokim zakresie – obejmuje jednak nie tylko ochronę prawa do dóbr konstytuujących zdrowie, lecz także ochronę prawa do dóbr warunkujących zdrowie. Z pewnym przypadkiem niewywiązania się państwa z tej drugiej powinności (por. Special Rapporteur 2007) mamy do czynienia w sprawie *Social and Economic Rights Action Center and Center for Economic and Social Rights v. Nigeria*. Członkowie społeczności Ogoni w Nigerii oskarżyli wojskowe władze tego kraju, że pogwałciły ich prawo do zdrowia i do czystego środowiska, ułatwiając firmom naftowym ich działalność w krainie Ogoni. W pozwie stwierdzono, że naftowe konsorcjum, zawiązane przez Nigerian National Petroleum Company oraz Shell Petroleum Development Corporation, doprowadziło do zanieczyszczenia środowiska, które spowodowało poważne i powszechne problemy zdrowotne ludności. Afrykańska Komisja Praw Człowieka uznała, że władze Nigerii naruszyły szereg praw przysługujących ludności – włącznie z prawem do zdrowia i czystego środowiska – nie zapobiegając zanieczyszczeniu i skażeniu środowiska. Stwierdziła, że władze państwowe były

³¹ Nie jest jasne, czy spoczywający na państwie obowiązek ochrony prawa do zdrowia obejmuje również obowiązek chronienia obywateli przed ich *własnymi* działaniami szkodzącymi zdrowiu. Jeżeli tak, może on pozostawać w konflikcie z obowiązkiem nienaruszania wolności w sferze zdrowia, stanowiącym składnik obowiązku szanowania prawa do zdrowia.

zobowiązane odpowiednio regulować i kontrolować działalność naftowego konsorcjum i nie spełniły tego obowiązku³².

Można przyjąć, że podobnie jak nakaz szanowania prawa do zdrowia, tak i nakaz jego ochrony odnosi się zarówno do swobody w troszczeniu się o swoje zdrowie, jak i do wolności od niepożądanych ingerencji w sferę zdrowia. Prawo do swobody w troszczeniu się o swoje zdrowie jest chronione, gdy państwo nie pozwala żadnej trzeciej stronie przeszkadzać pewnej osobie w działaniach podejmowanych przez nią dla zachowania lub też odzyskania zdrowia; prawo do wolności od niepożądanych ingerencji w sferę zdrowia jest natomiast chronione, gdy państwo kontroluje na przykład badania kliniczne, pilnując, aby nie były one przeprowadzane bez zgody albo ze szkodą ich uczestników.

Wypełniać prawo do zdrowia do podejmować wszystkie nieodzowne środki służące jego pełnej realizacji. W tym celu państwo powinno wykonywać trzy główne zadania: ułatwiać (*facilitate*) jednostkom i grupom społecznym korzystanie z prawa do zdrowia, dostarczać (*provide*) dóbr i świadczeń związanych ze zdrowiem wszystkim tym, którzy nie są w stanie sami ich sobie zapewnić, a także wspierać (*promote*) prawo do zdrowia przez podejmowanie działań służących zdrowiu ludności, jak również przez wspomaganie instytucji prowadzących taką działalność.

4. Obowiązek zapewnienia niezbędnego minimum

W Ogólnym Komentarzu nr 3 do ICESCR (art. 10) stwierdza się, że obowiązkiem każdego z państw, które podpisały się pod Paktem, jest zapewnienie wszystkim mieszkańcom przynajmniej niezbędnego minimum w zakresie każdego z dóbr, odpowiadających uznanym w tym traktacie prawom: niezbędnym środków żywności, podstawowych form edukacji, a także niezbędnej opieki zdrowotnej. Komentatorzy podkreślają, że gdyby omawiany Pakt nie nakładał na Państwa-Strony takich minimalnych obowiązków, traciłby on właściwie swoją *raison d'être*. Przyznają jednak, że chcąc ocenić, czy pewne państwo wywiązało się ze swoich minimalnych obowiązków, należy wziąć pod uwagę środki, jakie miało do dyspozycji.

Również w dokumencie WHO 2008 podkreśla się, że państwa członkowskie mają obowiązek zapewnienia niezbędnego minimum (*core minimum*) w zakresie każdego z praw uznanych w Pakcie. Gdy w szczególności chodzi o prawo

³² Tamże, s. 21. Jak dodaje autor raportu, przywołany przypadek mieści się poniekąd na granicy pomiędzy obowiązkiem szanowania prawa do zdrowia i obowiązkiem jego ochrony, o tyle że naftowe konsorcjum, którego działania pociągnęły za sobą skutki szkodliwe dla zdrowia, było organizacją w części państwową, a w części prywatną (tamże, s. 27, przyp. 71).

do zdrowia, to niezbędne minimum obejmuje: „prawo dostępu do świadczeń, dóbr i usług zdrowotnych na równych, niedyskryminujących nikogo zasadach, a zwłaszcza grupom szczególnie narażonym lub marginalizowanym; dostęp do niezbędnego minimum pożywienia, które jest wystarczająco odżywcze i bezpieczne; dostęp do schronienia, mieszkania i infrastruktury sanitarnej i wystarczająca ilość bezpiecznej wody pitnej; niezbędne leki; sprawiedliwą dystrybucję wszystkich świadczeń, dóbr i usług zdrowotnych”. I tutaj jednak przyznaje się, że nawet minimalny poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, który ma obowiązek zapewnić dane państwo, jest w pewnej mierze zależny od jego zasobów (*resource-dependent*). Czy to znaczy, że dla niektórych państw – tych najuboższych – nie tylko optymalny, lecz nawet minimalny poziom opieki zdrowotnej ma być jedynie celem perspektywicznym? Czy zatem ma to być jakiś idealny kres, do którego powinny się one jedynie w miarę swoich możliwości przybliżyć?

Godne uwagi w związku z tą kwestią jest orzeczenie Najwyższego Sądu Indii w sprawie *Paschim Banga Khet Mazdoor Samity v. State of West Bengal*, którą opisuje Special Reporteur 2007. Powodem w tym procesie był mężczyzna, który wypadł z pociągu i doznał ciężkich obrażeń głowy. Był on zawożony do różnych szpitali, ale żaden nie mógł mu zapewnić koniecznej pomocy: brakowało w nich wolnych łóżek, a także środków i kadr umożliwiających świadczenia neurologiczne. Sąd musiał w tej sprawie rozstrzygnąć, czy brak urządzeń niezbędnych do ratowania życia w nagłej konieczności stanowi naruszenie prawa do życia. Zgodnie z jego orzeczeniem obowiązkiem państwa jest zapewnić wystarczający dostęp do takich urządzeń. Państwo powinno zadbać o to, aby ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej były wyposażone w urządzenia umożliwiające pomoc w nagłej konieczności (*emergency treatment*). Sąd przyznał, że zapewnienie dostępu do takich urządzeń wymaga dużych nakładów; niemniej stwierdził, że „państwo nie może uchylać się od tego konstytucyjnego obowiązku, powołując się na niedostatek środków finansowych”³³.

Wydaje się zatem, że chociaż obowiązek zapewnienia zdrowotnego minimum – np. zaopatrzenia w niezbędne leki – dla niektórych państw może być również niemożliwy do natychmiastowego zrealizowania, to jednak jest on obowiązkiem odmiennym – i jakby pilniejszym – niż obowiązek dążenia do poziomu

³³ Special Reporteur [2007] s. 16–17. W dalszym ciągu tego komentarza znajdujemy również uwagę: „Przypadek Samity potwierdza, że istnieją takie prawa związane ze zdrowiem, które pociągają za sobą obowiązki niezależne od dostępności środków. [...] Jeżeli jednak władze ubogiego państwa nie mają wystarczających środków, aby spełnić spoczywające bezpośrednio na nich obowiązki związane ze zdrowiem, wówczas ci, którzy są w stanie zapewnić im międzynarodową pomoc i współpracę powinni pomóc im w ich spełnieniu” (tamże, s. 17).

optymalnego. Autorzy dokumentu WHO 2008 sygnalizują tę różnicę, gdy piszą, że zapewnienie przynajmniej minimalnego poziomu opieki zdrowotnej jest celem, któremu państwo powinno przyznawać pierwszeństwo. Można to chyba rozumieć w ten sposób, że priorytet przyznawany realizacji podstawowych celów społecznych, strzeżonych przez prawa człowieka, ma być priorytetem bezwzględnym; dopóki zatem takie cele jak zapewnienie wszystkim ludziom odpowiedniego zdrowia, pożywienia lub schronienia nie są choć w minimalnym stopniu osiągnięte, dopóty cele innego rodzaju – np. rozrywka, kultura, w pewnej mierze także edukacja – muszą być spychane na bok, a w każdym razie nie mogą być urzeczywistniane nawet z najmniejszym uszczerbkiem dla tych podstawowych. Ten bezwzględny priorytet, przysługujący staraniom o minimalny poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, odróżniałby te poczynania od bardziej długoterminowych dążeń, mających na celu poziom optymalny; realizacji tego ostatniego zadania można by również przyznawać pierwszeństwo, ale jedynie względne, a więc niewymagające zbyt wielkich poświęceń czy też wyrzeczeń w zakresie innych pożądaných dóbr.

Bibliografia

- CESCR [1990] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „The Nature of States Parties’ Obligations – General Comment 3 (1990)” 5th Session, Geneva, 14 December, 1990.
- CESCR [2000] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „The Right to the Highest Attainable Standard of Health – General Comment 14 (2000),” 22nd Session, Geneva, April 25 – May 12, 2000.
- CESCR [2008] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „The right to social security – General Comment 19 (2008)” 39th Session, Geneva, 5–23 November 2007, 2008.
- CESCR [2009] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „Non-discrimination in economic, social and cultural rights – General Comment 20 (2009)” 42nd Session, Geneva, 4–22 May, 2009.
- Goodman [2005] – Timothy Goodman, „Is There a Right to Health?”, *Journal of Medicine and Philosophy* 30 (6) 2005: s. 643–662.
- Hessler, Buchanan [2002] – K. Hessler, A. Buchanan, „Specifying the Content of the Human Right to Health Care”, [w:] R. Rhodes et al. (ed.), *Medicine and Social Justice*, Oxford 2002, s. 84–96.
- Kinney [2008] – E.D. Kinney, „Recognition of the international human right to health and health care in the United States”, *Rutgers Law Review* (60) 2008, s. 337–381.
- Limburg Principles [1987] – *The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, U.N. Doc. E/CN.4/1987/17.

- Mahler [1981] – Halfdan Mahler, „The meaning of Health For All by the year 2000”, *World Health Forum* 2 (1) 1981, s. 5–22.
- Toebes [1999] – Brigit Toebes, „Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health”, *Human Rights Quarterly* 21 (3) 1999, s. 661–679.
- Wasserstrom [1964] – Richard Wasserstrom, „Rights, Human Rights, and Racial Discrimination”, *Journal of Philosophy* 61 (20) 1964, s. 628–641.
- Special Rapporteur [2007] – UN Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Paul Hunt, 17 January 2007*.
- WHO [1981] – WHO, „Global Strategy for Health for All by the Year 2000”, Geneva 1981.
- WHO [2008] – WHO, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *The Right to Health. Fact Sheet No. 31, Geneva 2008*