

Uniwersalne standardy ochrony praw człowieka a funkcjonowanie systemów politycznych w dobie wyzwań globalnych



**redakcja naukowa
Jerzy Jaskiernia**

Prawo człowieka do zdrowia i jego definiowanie w systemie ochrony Światowej Organizacji Zdrowia

1. Uwagi wstępne

Najważniejszą organizacją sprawującą mandat ONZ w dziedzinie ustanowienia i rozbudowywania gwarancji instytucjonalnych w dziedzinie ochrony zdrowia oraz budowania systemu zabezpieczającego podstawowe prawa zdrowotne jednostki jest Światowa Organizacja Zdrowia. WHO (ang. *World Health Organisation*, fr. *Organisation Mondiale de la Santé*) to jedna z organizacji wyspecjalizowanych ONZ, działająca w szeroko rozumianej sferze socjalnej na płaszczyźnie ochrony i promocji zdrowia¹. WHO cieszy się także dużym stopniem rekognicji w środowisku międzynarodowym, do chwili obecnej członkami tej organizacji pozostaje 194 państwa². Siedzibą WHO jest Genewa.

Jako międzynarodowa organizacja międzyrządowa, WHO jest wtórnym podmiotem prawa międzynarodowego, korzysta z podmiotowości prawnomiędzynarodowej, a co za tym idzie, jej kompetencje, także w zakresie praw jednostki, zostały ściśle określone przez państwa członkowskie³. Niemniej jednak WHO wiele swoich funkcji pełni we współpracy z ONZ, co aktualizuje się w sferze podejmowanych i koordynowanych wspólnie działań, a nawet w symbolice tej Organizacji. Godłem WHO jest godło ONZ, tj. rysunek łądów na siatce geograficznej, przecięte w kierunku pionowym złotym kaduceuszem Eskulapa⁴.

¹ P. Krajewski, *Ochrona prawna człowieka i jego środowiska wobec ekspansji organizmów genetycznie zmodyfikowanych w prawie wspólnotowym i międzynarodowym*, Olsztyn 2010, s. 90; A. Abraszewski, *Koordinacja działalności organizacji międzynarodowych w systemie Narodów Zjednoczonych. Zagadnienia prawne*, Warszawa 1973, s. 49; A. Wojtczak, *Światowa Organizacja Zdrowia: założenia organizacyjne i polityka*, „Problemy Medycyny Społecznej” 1986, nr 16.

² Stan na 30 czerwca 2014 r., por. <http://www.who.int/countries/en>.

³ J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 57.

⁴ Prawo używania godła, nazwy lub skrótu nazwy WHO służy wyłącznie tej organizacji

Od strony następstwa prawnego WHO nie jest sukcesorem funkcjonujących przed 1945 r. Office International d'Hygiène Publique (OIHP) oraz Health Organization (HO), ani żadnej z pozostałych organizacji afiliowanych przy Lidze Narodów, WHO tworzy zatem zupełnie nową jakość instytucjonalno-prawną⁵. Działalność WHO, jako uniwersalnej „organizacji grupowej o szerokich kompetencjach”, skupia się głównie na sferze socjalnej⁶. Do zadań WHO należy bowiem koordynowanie wysiłków społeczności międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia, w tym wspieranie krajów słabiej rozwiniętych oraz szeroko pojęta edukacja prozdrowotna, czyli działania *stricte* prewencyjne⁷.

2. Geneza powołania Światowej Organizacji Zdrowia

Początki funkcjonowania organizacji wiążą się z koncepcją budowania nowego, holistycznego myślenia o światowym systemie, w tym systemie zdrowotnym, polegającym na przyjęciu koncepcji, że zagwarantowanie globalnego pokoju oraz bezpieczeństwa jest determinowane możliwością zapewnieniem tych wartości każdej jednostce⁸. Pierwsze działania w celu powołania globalnej

oraz osobom fizycznym i prawnym, upoważnionym do tego przez dyrektora generalnego WHO. W świetle prawa krajowego, każdy, kto używa godła, nazwy lub skrótu nazwy WHO albo znaku stanowiącego naśladownictwo godła tej organizacji, podlega karze grzywny do 2500 zł lub aresztu do trzech miesięcy albo obu tym karom łącznie, zaś przedmioty opatrzone bezprawnie godłem, nazwą lub skrótem nazwy albo też znakiem stanowiącym naśladownictwo godła WHO mogą ulec przepadkowi. Zob. Dekret z dnia 26 kwietnia 1949 r. o ochronie godła i nazwy Światowej Organizacji Zdrowia (Dz.U. 1949, nr 25, poz. 185 z późn. zm.).

⁵ J. Kierski, *W cieniu złotego węża. Wspomnienia z pracy w Światowej Organizacji Zdrowia*, Warszawa 2001, s. 160–161.

⁶ I. Popiuk-Ryksińska, *Organizacje międzynarodowe. Zarys problematyki*, [w:] *Udział Polski w organizacjach międzynarodowych*, red. S. Parzymies, I. Popiuk-Rykasińska, Warszawa 2012, s. 22, 28.

⁷ E. Widawska, *Ochrona praw człowieka w systemach międzynarodowych*, [w:] *Prawa człowieka. Wybrane zagadnienia i problemy*, red. L. Koba, W. Waclawczyk, Warszawa 2009, s. 69.

⁸ R. Scruton, *WHO, What and Why? Transnational Government, Legitimacy and the World Health Organisation*, „Occasional Paper (Institute of Economic Affairs)” 2000, nr 113. Środkiem do budowania gwarancji w sferze bezpieczeństwa socjalnego dla jednostki miała stać się nauka: „rządy i ludzie byli pobudzeni przez potrzebę odbudowania pokoju na silnych fundamentach, ale też z nadzieją, że nauka dostarczy im środków, aby to osiągnąć”. Ibidem, *Instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia*, [w:] *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych*, red. W. Lizak, A.M. Solarz, Warszawa 2013, s. 18.

organizacji zajmującej się zdrowiem zostały poczynione na konferencji w San Francisco w 1945 r. W ramach urzeczywistnienia postanowień art. 55 Karty Narodów Zjednoczonych delegacje Chin i Brazylii przedstawiły propozycję powołania organizacji powiązanej z Radą Gospodarczo-Społeczną ONZ⁹.

W celu realizacji zobowiązania ONZ dotyczącego przejęcia przez nową organizację kompetencji OIHP, HO i Administrację Narodów Zjednoczonych do Spraw Pomocy i Odbudowy (UNRRA), Rada Gospodarczo-Społeczna ONZ w lutym 1946 r. przyjęła rezolucję umożliwiającą dalsze procedowanie w sprawie. W dniach 18 marca–5 kwietnia 1946 r. w Paryżu zostały opracowane dwa alternatywne projekt ram prawnych WHO przez Techniczny Komitet Ekspertów składający się z 16 członków będącymi ekspertami w dziedzinie zdrowia publicznego oraz czterech przedstawicieli międzynarodowych organizacji zdrowia. Warto zauważyć, że w ramach Komitetu, na czele z przewodniczącym prof. Renè Sande z Belgii, nie znalazł się żaden prawnik¹⁰. Niezależnie od tego, w ramach dalszego procedowania, zdrowie zostało uznane jako podstawowy faktor służący realizacji podstawowych praw jednostki w dążeniu do osiągnięcia bezpieczeństwa indywidualnego i kolektywnego.

Efektem prac Komitetu był także m.in. projekt Konstytucji WHO zawierający liczne odniesienia do zdrowia oraz związanych z tym uprawnień przysługujących jednostce. Jak zauważa Brigit C.A. Toebes, „uderzający jest absolutny, bardzo szeroki i idealistyczny charakter tekstu”. Zawiera on bardzo obszerną i niczym nieograniczoną definicję zdrowia: „zdrowie jest rozumiane jako sprawność fizyczna, umysłowa oraz społeczny dobrostan” (ang. *health is physical fitness and mental and social well-being*)¹¹. Porzucona została zatem koncepcja negatywna, tj. kondycji psychofizycznej jednostki rozumianej jako stanu przeciwnego chorobie, na rzecz wybitnie pojemnej treściowo definicji pozytywnej. Wadą takiego ujęcia jest w powyższej definicji niewątpliwie deficyt eksplanacji prawnej.

Koncepcja powyższa stała się projektem dalszych prac podczas Światowej Konferencji Zdrowia, odbywającej się pod auspicjami ONZ w Nowym Jorku

⁹ B.C.A. Toebes, *The right to health as a human right in international right*, Antwerpen–Groningen–Oxford 1999, p. 28; R. Abbing, *International organizations in Europe and the right to health care*, Antwerpen–Boston–Deventer 1979, s. 98.

¹⁰ *The first ten years of the World Health Organization*, WHO, Geneva 1958, s. 40, http://whqlibdoc.who.int/publications/a38153_foreword.pdf; PAHO, *A regional call to arms*, „Bulletin of the Pan American Health Organisation” 1992, nr 4, s. 315–316; R. Abbing, op.cit., s. 29.

¹¹ B.C.A. Toebes, op.cit., s. 30; R. Abbing, op.cit., s. 103.

w dniach 19– 22 lipca 1946 r.¹² Projekt Konstytucji został – z drobnymi poprawkami – zaakceptowany przez świeżo powołaną Komisję Tymczasową, na czele z przewodniczącym, prof. Andrijem Stamparem z Chorwacji, a następnie przedstawiony na pierwszej sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA) w dniach 24 czerwca – 24 lipca 1946 r. w Genewie. Zmiany w tekście dotyczyły m.in. zastąpienia definicji „prawo do zdrowia” wyrażeniem „najwyższej osiągalny standard zdrowia”, co w praktyce wprowadza różne poziomy ochrony w zależności od stopnia rozwoju państwa i posiadanych przez niego zasobów; a z drugiej strony wprowadza moralny imperatyw dla całej społeczności międzynarodowej, aby nie ustawać w wysiłkach na rzecz poprawy zdrowia na świecie¹³. Konstytucja została podpisana 22 lipca 1946 r. przez przedstawicieli 46 państw.

Komisja Tymczasowa funkcjonowała do czasu wejścia w życie Konstytucji WHO, co nastąpiło 7 kwietnia 1948 r. po ratyfikowaniu jej przez wymaganą przez art. 80 Konstytucji liczbę 26 państw¹⁴. Podczas obrad pierwszego WHA uczestniczyło 52 państw. Na podstawie specjalnej rezolucji WHA, WHO przejęło funkcje i majątek Tymczasowej Komisji, co nastąpiło 31 sierpnia 1948 r. Jednocześnie WHO przejęło funkcje międzynarodowych i regionalnych organizacji zajmujących się dotychczas problematyką zdrowia: OIHP, HO, UNRRA, Panamerykańskiej Organizacji Sanitarnej, a także Egipskiej Rady Sanitarnej, Morskiej i Kwarantannowej¹⁵.

3. Instytucjonalno-prawne zadania Światowej Organizacji Zdrowia w dziedzinie praw człowieka

WHO pozostaje fundamentalną częścią mechanizmu gwarancji instytucjonalno-prawnych uniwersalnego systemu ochrony praw człowieka. W założeniu jej twórców ma być wiodącą organizacją wyznaczającą standardy w sfe-

¹² *The first ten...*, op.cit., s. 38–39; W. Morawiecki, *Organizacje Międzynarodowe*, Warszawa 1961, s. 237–238.

¹³ B.C.A. Toebes, op.cit., s. 31; R. Abbing, op.cit., s. 104.

¹⁴ W 1948 r. Pierwsze Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia dzień 7 kwietnia ustanowiło Światowym Dniem Zdrowia (ang. *World Health Day*), w ramach którego zwraca się uwagę na szczególnie palące problemy zdrowotne jednostki, w tym prawa pacjenta oraz praw osób z *vulnerable groups*.

¹⁵ W. Morawiecki, op.cit., s. 238; A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XX wieku*, Warszawa 2009, s. 140.

rze prawnomiędzynarodowej praktyki zdrowotnej państw. Celem WHO „jest osiągnięcie przez wszystkie narody możliwie najwyższego poziomu zdrowia”¹⁶. Jak na organizację wyspecjalizowaną, mandat WHO jest dość szeroki, obejmuje bowiem dość obszerne spektrum zadań, w tym bezpośrednio związanych z promocją i protekcją zdrowotnych praw człowieka, niezależnie od tego czy naruszenie mające wpływ na stan zdrowia jednostki ma charakter naturalny, zostało wywołane przez przypadek bądź też czy ma charakter rozmysłny. Zadania WHO jako *umbrella health agency* obejmują zarówno funkcje związane z działalnością legislacyjną, jak i obejmują czynności *stricto* o charakterze technicznym¹⁷.

Konstytucyjnymi organami WHO są: WHA, Rada Wykonawcza oraz Sekretariat¹⁸. W odniesieniu do wypracowywanych przez WHO norm, zasadnicze kompetencje kreacyjne posiada WHA, składające się z delegatów państw członkowskich¹⁹. Organem wykonawczym jest Rada, w skład której wchodzi 34 ekspertów posiadających wiedzę z zakresu zdrowia, wyłanianych według klucza geograficznego. Na czele obsługi Sekretariatu stoi Dyrektor Generalny oraz personel techniczny i administracyjny, korzystający z przyznanych przywilejów i immunitetów dyplomatycznych właściwych funkcjonariuszom międzynarodowym²⁰. Dodatkowo, Rada z inicjatywy własnej bądź na polecenie WHA lub dyrektora generalnego może tworzyć komitety działające dla osiągnięcia celów Organizacji²¹. Odzwierciedlenie w szerokim zakresie operacyjnym WHO znajduje w strukturze rozbudowanych Biur Regionalnych,

¹⁶ Zob. art. 1 Konstytucji WHO (Dz.U. 1948, nr 61, poz. 47).

¹⁷ M. Marcinko, *ONZ wobec terroryzmu międzynarodowego*, Kraków 2008, s. 294; J.P. Ruger, D. Yach, *The global role of the World Health Organisation*, „Global Health Governance” 2008/09, nr 2, s. 8–9; J. Barcik, op.cit., s. 164. Por. A. Florczak, *Organizacje ochrony praw człowieka*, [w:] *Organizacje w stosunkach międzynarodowych. Istota – mechanizmy działania – zasięg*, red. T. Łoś-Nowak, Wrocław 2004, s. 405–406.

¹⁸ Zob. art. 9 Konstytucji WHO.

¹⁹ Każdy członek będzie reprezentowany przez najwyżej trzech delegatów, z których jeden będzie wyznaczony przez członka jako główny delegat. Ci delegaci powinni być wybrani spośród osób najbardziej wykwalifikowanych ze względu na swe kompetencje techniczne w dziedzinie zdrowia, najlepiej reprezentantów krajowej administracji zdrowia danego członka. WHA zbiera się regularnie na sesjach dorocznych oraz na sesjach specjalnych, które mogą się okazać konieczne. Sesje specjalne będą zwoływane na żądanie Rady lub większości członków. Zob. art. 11 i 12 Konstytucji WHO.

²⁰ Zob. art. 37 Konstytucji WHO. Obecnie funkcję dyrektora generalnego pełni Margaret Chan Fung Fu-chun. Zob. A. Wojtczak, op.cit., s. 142.

²¹ Zob. art. 38 Konstytucji WHO.

będących formą decentralizacji poziomej konstytucyjnych zadań organizacji²².

Pośród rozlicznych funkcji, dla których powołana zostało WHO, o których mowa w art. 2 pkt a – v Konstytucji WHO, na szczególne podkreślenie zasługują te, bezpośrednio związane z umożliwieniem dochodzenia swoich praw zdrowotnych przez jednostkę. WHO podejmuje wysiłki w celu określenia standardu minimalnego prawa do zdrowia, w tym określenia środków i celów umożliwiających jego urzeczywistnienie i pełną realizację. Jest także zobowiązana do zapewnienia pomocy rządów państw członkowskich w wzmocnieniu ich służby zdrowia, w tym dostarczenie odpowiedniej pomocy technicznej, a w wypadkach nagłej potrzeby wszelkiej koniecznej pomocy.

Kluczowym dla zrozumienia optyki działania WHO jest zawarte w art. 2 jej Konstytucji pojęcie „współpraca”. WHO jest zobligowane do podjęcia takiej współpracy z różnymi podmiotami, w tym: państwami członkowskimi; rządowymi władzami administracji zdrowia; organizacjami wyspecjalizowanymi ONZ; grupami naukowymi i zawodowymi, które przyczyniają się do postępu na polu zdrowia; służbami administracyjnymi i technicznymi, włącznie ze służbami epidemiologicznymi i statystycznymi; a także z szeroko rozumianą opinią publiczną²³. W szczególności, koordynacja działań w odniesieniu do międzynarodowych spraw zdrowotnych, w tym rozwijania, ustanawiania, popierania i monitorowania standardów w odniesieniu do żywności, produktów biologicznych, farmaceutycznych i innych²⁴.

W odniesieniu do prawa człowieka do ochrony zdrowia, do zadań WHO należy m.in.: popieranie akcji polepszania warunków żywienia, mieszkaniowych, sanitarnych, wypoczynkowych, ekonomicznych i pracy oraz innych dziedzin higieny środowiska; popieraniu zdrowia, dobra matki i dziecka oraz pielęgnowania zdolności do harmonijnego życia w zmieniających się warun-

²² W chwili obecnej funkcjonuje sześć Biur Regionalnych: Biuro Regionalne na Afrykę (AFRO), Biuro Regionalne na Amerykę (AMRO); Biuro Regionalne na Azję Południowo-Wschodnią (SEARO), Biuro Regionalne na Europę (EURO), Biuro dla Wschodniego Regionu Morza Śródziemnego (EMRO), a także Biuro Regionalne na Zachodni Pacyfik (WPRO). A. Wojtczak, op.cit., s. 142–143.

²³ Zob. art. 2 pkt r Konstytucji WHO.

²⁴ W odniesieniu do uprawnień jednostkowych można wyróżnić obowiązki WHO w zakresie prawa człowieka do zdrowia, polegające na: wspieraniu przez Organizację starań jednostki umożliwiających jej zachowanie zdrowia, w tym polegające na: pobudzaniu i posuwaniu naprzód prac nad wykorzenieniem chorób epidemicznych, endemicznych i innych; pielęgnowaniu działalności na polu zdrowia psychicznego, zwłaszcza dotyczącej harmonii stosunków między ludźmi; czy rozwijaniu uświadamienia opinii publicznej dotyczącej kwestii zdrowia. Zob. art. 2 pkt f, m, l Konstytucji WHO.

kach środowiska; popierania doskonalonych metod nauczania i szkolenia w zawodach zdrowia: lekarskim i pokrewnych; prowadzenie badań i ogłaszanie ich wyników, dotyczących zdrowia publicznego i opieki lekarskiej z punktu widzenia zapobiegawczego i leczniczego, włączając w to opiekę szpitalną i bezpieczeństwo społeczne²⁵.

WHO, jako organizacja międzynarodowa o charakterze *stricte* koordynacyjnym, nie posiada mechanizmów władczych, niemniej jednak ma pewne możliwości oddziaływania na państwa. W szczególności WHO może „proponować konwencje, układy i przepisy oraz czynić zalecenia w odniesieniu do międzynarodowych spraw zdrowotnych, jako też wykonywać takie obowiązki, które mogą być tą drogą przekazane WHO i są zgodne z jej celem”²⁶. Jednocześnie może ona „przedsiębrać wszelkie czynności, niezbędne dla osiągnięcia celu WHO”. Zgodnie z art. 19 WHA jest władne przyjmować konwencje lub umowy odnośnie każdej sprawy, należącej do kompetencji WHO²⁷. Akty te stają się częścią prawa krajowego danego państwa członkowskiego, stosownie ich przepisów konstytucyjnych. Irena Popiuk-Ryksińska podkreśla, że w odniesieniu do innych organizacji wyspecjalizowanych *differentia specifica* polega na tym, że państwo nie może odłożyć przyjęcia takiego dokumentu *ad acta*, i jest zobowiązane w ciągu 18 miesięcy od uchwalenia danego aktu normatywnego rozpocząć procedurę jego implementacji²⁸.

W ramach uprawnień legislacyjnych, o których mowa w art. 19 Konstytucji znajdują się także kompetencje *quasi*-legislacyjne, w tym uchwalanie przepisów w zakresie objętym działalnością WHO (np. regulaminów sanitarnych), które wchodzi w życie za milczącą zgodą²⁹. Dla przepisów nie jest zatem ko-

²⁵ Zob. art. 2 pkt i, j, o, p Konstytucji WHO. Do grupy tych funkcji należy zaliczyć także czynności o charakterze technicznym, do których należą m.in. ustanawiać i zmieniać w miarę potrzeby międzynarodowe mianownictwa chorób, przyczyn zgonów, jako też czynności służby zdrowia; ujednastajniać w miarę potrzeby metody diagnostyczne; rozwijać, ustanawiać i popierać międzynarodowe standardy w odniesieniu do żywności, produktów biologicznych, farmaceutycznych i podobnych.

²⁶ Zob. art. 2 pkt k Konstytucji WHO. W ramach tej grupy spraw należy m.in. uchwalanie konwencji, zatwierdzanie układów WHO z ONZ oraz innymi organizacjami i instytucjami międzynarodowymi, a także uchwalanie poprawek do Konstytucji WHO. Por. I. Popiuk-Ryksińska, op.cit., s. 20–22; J. Barcik, op.cit., s. 161.

²⁷ W przypadku możliwości przyjęcia konwencji lub umów konieczne jest uzyskanie dwóch trzecich głosów WHA. Zob. art. 19 Konstytucji WHO.

²⁸ I. Popiuk-Ryksińska, op.cit., s. 20; J. Barcik, op.cit., s. 162.

²⁹ W. Morawiecki, op.cit., s. 240. Zgodnie z art. 20 Konstytucji WHO, każdy państwo członkowskie zobowiązuje się, że w ciągu osiemnastu miesięcy po przyjęciu przez

nieczna procedura implementacyjna. Wchodzą one bowiem w życie po należytym zawiadomieniu o ich przyjęciu przez WHA, za wyjątkiem tych państw, którzy zawiadomią dyrektora generalnego o odrzuceniu lub złożą zastrzeżenia w terminie podanym w zawiadomieniu (tzw. metoda *contracting-out*)³⁰. WHO posiada także kompetencje w zakresie stanowienia tzw. aktów o charakterze *soft law*, stosownie do art. 23 Konstytucji WHO, WHA może dokonywać zaleceń państwom członkowskim w odniesieniu do wszelkich spraw, należących do kompetencji WHO.

WHO nakłada na państwa zobowiązania w zakresie monitoringu i kontroli stosowania przyjętych zobowiązań w ramach Organizacji. Przede wszystkim państwa członkowskie zobowiązane są do składania rocznych sprawozdań dyrektorowi generalnemu. Obejmują one sprawozdanie roczne państw co do podjętych czynności, oraz osiągniętego postępu w sprawie poprawy stanu zdrowotnego swej ludności a także sprawozdania co do czynności, podjętych w odniesieniu do zaleceń, uczynionych przez Organizację, oraz w odniesieniu do konwencji, umów i zarządzeń³¹. Państwa zostały także zobowiązane do niezwłocznego komunikowania o wszelkich doniosłych kwestiach odnoszących się do zdrowia, które zostały ogłoszone w danym państwie, a także do dostarczania sprawozdania statystyczne, a na żądanie Rady także wszelkie dodatkowe informacje w sprawach zdrowia³².

WHA konwencji lub umowy podejmie akcję w celu zaakceptowania takiej konwencji lub umowy. Państwo to zawiadomi dyrektora generalnego o przedsięwziętej akcji, a jeżeli nie zaakceptuje takiej konwencji lub umowy w oznaczonym czasie, dostarczy wyjaśnień co do powodów jej niezaakceptowania. W przypadku zaakceptowania państwo zobowiązuje się do składania rocznych sprawozdań dyrektorowi generalnemu zgodnie z rozdziałem XIV Konstytucji.

³⁰ D.P. Fidler, *The future of World Health Organisation: what role for international law?*, „Vanderbilt Journal of Transnational Law” 1998, nr 5, s. 1088; J. Barcik, op.cit., s. 163. W szczególności, zgodnie z art. 21 Konstytucji WHO, WHA będzie władne uchwalić przepisy, dotyczące sanitarnych i kwarantannowych wymagań oraz innych środków, mających na celu zapobieganie międzynarodowemu rozpowszechnianiu się choroby; mianownictwa odnośnie chorób, przyczyn śmierci oraz czynności służby zdrowia; standardów odnośnie czynności diagnostycznych dla użytku międzynarodowego; standardów odnośnie bezpieczeństwa, czystości i mocy produktów biologicznych, farmaceutycznych i podobnych, znajdujących się w handlu międzynarodowym; ogłaszania i oznaczania produktów biologicznych, farmaceutycznych i podobnych, znajdujących się w handlu międzynarodowym.

³¹ Art. 61–62 Konstytucji WHO.

³² Art. 63–64 Konstytucji WHO.

4. Prawo do zdrowia w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia

Konstytucja WHO jest pierwszym dokumentem prawnomiędzynarodowym, w którym znalazło się bezpośrednie odniesienie do prawa do zdrowia jako fundamentalnego uprawnienia przysługującego jednostce³³. Punkt centralny Preambuły stanowi definicja zdrowia, które „jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”³⁴. Definicja ta, choć pozbawiona zasadniczego waloru prawnego, posiada pierwszorzędne znaczenie dla systemu uniwersalnego ochrony praw człowieka³⁵. Po pierwsze, znajduje się w Konstytucji WHO, jako kompleksowej regulacji dotyczącej globalnych kwestii zdrowotnych, będącej prawnie wiążącą umową międzynarodową wszystkie przystępujące do niego strony³⁶. Po drugie, stanowi wyraz odwołania normatywnego i aksjologicznego dla szeregu innych, podstawowych dokumentów i aktów prawa międzynarodowego i krajowego, w szczególności stanowiła podstawę dla dopiero co projektowanych praw człowieka³⁷. Po trzecie, była punktem zwrotnym w polityce społecznej

³³ T. Murphy, *Health and human rights*, Oxford–Portland–Oregon 2013, s. 26; F.P. Grand, *The Preamble of the Constitution of the World Health Organisation*, „Bulletin of the World Health Organisation” 2002, nr 12, s. 56–57; H.P. Hestermeyer, op.cit., s. 145.

³⁴ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. S. Fluss, F. Gutteridge, *World Health Organisation*, [w:] *International Encyclopedia of Laws*, red. R. Blanpain, The Hague 1993, s. 9.

³⁵ Prawo do zdrowia formułowane przez Preambułę WHO znalazło swoje odniesienie m.in. w ICJ Advisory Opinion of June 6 1996 on Legality of the Use by a State of Nuclear Weapons in Armed Conflict. Zob. *Legality of the Use by a State of Nuclear Weapons In armed Conflict*, ICJ Reports 1996, poz. 66, par. 75–76; H.P. Hestermeyer, *Access to Medication as a Human Right*, „Max Planck Yearbook of United Nations Law Online” 2008, nr 1, s. 146. WHO publikowała raporty dotyczące skutków wojny nuklearnej, jej wpływów na zdrowie ludzkie oraz sferę usług medyczno-sanitarnych powołując się na definicję zdrowia zawartą, nie w MPPGSiK, ale w Preamble Konstytucji WHO. Podobne odniesienie mają miejsce w większości raportów opracowywanych przez WHO. Zob. WHO Management Group on Follow-Up of Resolution WHA36.28, *Effects on nuclear war on health and health services*, WHO, Geneva 1987, WHO Doc. A 36/12.

³⁶ H.G. Schermers, *De Gespecialiseerde organisaties. Hun bouw en inrichting (The Specialized Agencies. Their structures and Organization)*, Leiden 1957, s. 32, cyt. za: B.C.A. Toebes, op.cit., s. 33.

³⁷ Zob. H. Schermers, N. Blokker, *International Institutional Law: Unity with Diver-*

państwa i filozofii działania jego organów w zakresie uprawnień zdrowotnych jednostki³⁸.

W kontekście praw osobistych istotne znaczenia posiada sformułowanie znajdujące się w Preambule Konstytucji WHO, dotyczące zdrowia jako pierwszorzędnego, osobistego dobra jednostki: „korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych. Z drugiej strony, podkreślony został wymiar zdrowia całej populacji, które jest „podstawą do osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa, a zależne jest od najpełniejszej współpracy jednostek i państw”³⁹. Osiągnięcie takiego stanu zdrowia w wymiarze powszechnym leży w interesie każdego państwa. Popieranie i ochrona zdrowia jednostek przedstawia zatem wartość dla wszystkich. Dla najpełniejszego osiągnięcia zdrowia konieczne jest więc „rozciągnięcie na wszystkie ludy dobrodziejstw wiedzy lekarskiej, psychologicznej i pokrewnych”⁴⁰.

Kluczowym w Preambule jest odniesienie do zdrowia jako dobrostanu (ang. *well-being*), czy też stanu zupełnej pomyślności fizycznej umysłowej i społecznej. Jak podkreśla Daniel Callahan, twórcy Konstytucji, podkreślając wielowymiarowy i interdyscyplinarny wymiar, wprowadzili nową optykę traktowania prawa do zdrowia w powiązaniu z modelem bio-socjo-ekologicznym jednostki⁴¹. Wyrazem nowego podejścia było wprowadzanie w 1978 r. do definicji WHO „społecznych” elementów interpretacyjnych zdrowia⁴². W tym ujęciu

sity, The Hague 1995; M. Perkowski, *Podmiotowość prawa międzynarodowego współczesnego uniwersalizmu w złożonym modelu klasyfikacyjnym*, Białystok 2008, s. 175.

³⁸ N. Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge 2008, s. 37; H.P. Hestermeyer, op.cit., s. 145.

³⁹ Odmienne Jacek Barcik, który podkreśla, że samo odwołanie do praw człowieka nie występuje ani razu w dyspozycji Konstytucji WHO, a jedynie w jej Preambule, która posiada raczej interpretacyjne znaczenie, pozbawione wartości normatywnej. J. Barcik, op.cit., s. 56. Należy jednak pamiętać, że zarówno kontekst, jak i charakter całego aktu prawnego wskazują na jej bliskie związki z równoległe opracowywaną Kartą Praw Człowieka, której Konstytucja WHO miała być dodatkowym wspornikiem tworzącym ramy instytucjonalno-prawne nowego systemu ochronnego.

⁴⁰ Natomiast wspólne niebezpieczeństwo stanowi nierówny rozwój różnych krajów w dziedzinie ochrony zdrowia i walki z chorobami, zwłaszcza zakaźnymi.

⁴¹ D. Callahan, *The WHO Definition of 'Health'*, „The Hastings Center Studies” 1973, nr 3, s. 77–87.

⁴² *Environment and health. The European Charter and Commentary*, First European Conference on Environment and Health, Frankfurt, 7–8 December 1989, WHO, Frankfurt 1989, s. 18.

zdrowie to „stan zupełnej pomysłowości fizycznej, psychicznej i społecznej, który pozwala ludziom prowadzić socjalnie i ekonomicznie produktywne życie”⁴³. Koncepcja zawarta w definicji WHO to zatem raczej idea-postulat, który nie będzie miał szans praktycznej realizacji. Z powyższej koncepcji wynika, że zaburzenia w jednej sferze rzutować będą na pozostałe⁴⁴. Jan Fijałek natomiast zwraca uwagę na pierwszą część powyższej definicji, traktując zdrowie jako „pełen dobrostan”⁴⁵. Zdrowie oznacza bowiem także zdolność do prowadzenia życia sensownego i twórczego, które satysfakcjonuje także drugiego człowieka.

Niezależnie od podniesionych powyżej walorów powyższej definicji, bez wątpienia posiada ona pewne niedostatki⁴⁶. Stefan Poździoch zwraca uwagę, że definicja zdrowia WHO ma charakter utopijny, a jej wartość z punktu widzenia wymogów metodologicznych dla badaczy zajmujących się zdrowiem jest znikoma⁴⁷. Eksplanacja powyższa wyklucza bowiem możliwość jednoznacznego zbadania zdrowia traktowanego w kategoriach normatywnych, nie określa precyzyjnie jego zakresu podmiotowego, przedmiotowego oraz temporalnego. Z drugiej jednak strony jest to definicja pozytywna, która ukazuje wieloaspektowość i złożoność pojęcia zdrowia. Ma ona charakter kompleksowy i jest wyrazem globalnego podejścia. Zdrowie rozumiane w tej wersji jest ujmowane

⁴³ Zob. *Formulating strategies of health for all by the year 2000. Document of the Executive board of the World Health Organisation*, WHO, Geneva 1979; J. Kięczkowska, op.cit., s. 76.

⁴⁴ Julia Kapelańska-Pręgowska podkreśla, że w świetle powyższej definicji, komponentami zdrowia, jako „stanu całościowego (ang. *complete*) są: fizyczny, psychiczny i socjalny dobrobyt (ang. *well-being*)”. J. Kapelańska-Pręgowska, *Prawo do zdrowia jako prawo człowieka*, [w:] *Ius est ars boni et aequi*, red. M. Żoła, J. Kapelańska-Pręgowska, Toruń 2009, s. 11. Niektórzy autorzy uzupełniają powyższą definicję także o aspekty kulturowe i duchowe. Zob. V. Korporowicz, *Zdrowie i jego społeczne odniesienia*, [w:] *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, red. V. Korporowicz, Warszawa 2004, s. 18.

⁴⁵ J. Fijałek, *Tradycje zdrowia publicznego w historii medycyny powszechnej i polskiej. Wybrane zagadnienia organizacyjne i naukowe*, Łódź 1998, s. 5.

⁴⁶ Definicja zawarta w Preambule Konstytucji WHO w porównaniu np. do rozbudowanej koncepcji zdrowia zawartej w art. 12 MPPGSiK, posiada wybitnie szeroki zakres, co nadaje mu bardziej polityczny, niż normatywny charakter. Zob. V.A. Leary, *The right to health in international human rights law*, „Health and Human Rights” 1994, nr 1, s. 491.

⁴⁷ Postulaty wyrażone w definicji WHO są bowiem nieprecyzyjne i w istocie nie przybliżają pojęcia zdrowia ze względu na brak wymiernych wskaźników pozwalających na dookreślenie „dobrostanu” fizycznego, psychicznego i społecznego. Zob. S. Poździoch, *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, S. Poździoch, red. A. Ryś, Kraków 1996, s. 42.

jako pojęcie otwarte i dynamiczne, wyrażające się w aktualnym stanie wiedzy w zakresie zjawisk zachodzących w organizmie człowieka⁴⁸.

Jak widać, już na samym początku ustanawiania standardów w dziedzinie praw zdrowotnych jednostki dokonane zostało rozróżnienie na prawa osobiste jednostki umożliwiające dbanie o zachowanie swojego zdrowia oraz na uprawnienia socjalne związane z przyznaniem gwarancji w sferze zabezpieczenia opieki zdrowotnej, a w konsekwencji służące *bonum commune*. W Preambule zauważono, że bez działań pozytywnych podejmowanych przez państwa nie jest możliwa realizacja powszechnego prawa zdrowia, w związku z czym „rządy ponoszą za zdrowie swych narodów odpowiedzialność, której mogą sprostać tylko przez przewidzenie odpowiednich środków zdrowotnych i społecznych”. Z drugiej strony, na pewne faktory wpływające na zdrowie jednostki i całej populacji, takie jak czynniki genetyczne, odporność czy stopień podatności na choroby, państwo i jego aparat administracyjny nie ma wpływu, nawet przy czysto teoretycznym zastosowaniu maksimum środków pozytywnych.

5. Prawo do zdrowia w Deklaracji z Alma-Aty

W dniach 6–12 września 1978 r. Alma-Ata stała się miejscem pierwszej Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej przez WHO wspólnie z UNICEF w celu podkreślenia idei zawartej w Preambule Konstytucji WHO, że możliwość zachowania zdrowia jest podstawowym prawem człowieka⁴⁹. Motywem przewodnim obrad była idea rozszerzenia praw jednostki odnośnie do możliwości partycypowania jej w systemie ochrony zdrowia i uzyskania podstawowych świadczeń publicznej opieki zdrowotnej⁵⁰. Jednocześnie uznano, że

⁴⁸ T.B. Kulik, *Koncepcja zdrowia w medycynie*, [w:] *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*, red. T.B. Kulik, M. Latalski, Lublin 2002, s. 16.

⁴⁹ WHO & UNICEF, *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978*, World Health Organization, UNICEF, Alma-Ata 1978.

⁵⁰ Deklaracja została przyjęta przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia poświęcone Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Konferencja była pokłosiem przyjęcia przez 30. Światowe Zgromadzenie WHO Rezolucji „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”, której podstawowym założeniem było przyjęcie tezy, że prawo do zdrowia jest determinantą uwarunkowań środowiskowych, ryzykownych zachowań, a dopiero w dalszej konsekwencji systemu opieki zdrowotnej realizowanego przez państwa. Zob. A.L. Taylor, *Making the World Health Organisation Work: a legal Framework for Universal Access to the Conditions of Health*, „American Journal of Law and Medicine” 1992, nr 4, s. 326–329.

wszyscy ludzie, jednostki, jak i zbiorowości mają prawo i obowiązek uczestniczyć w planowaniu i wdrażaniu opieki zdrowotnej⁵¹. Jest to odzwierciedlenie poglądu o mieszanym charakterze prawa do zdrowia, zawartego zarówno w tekście Konstytucji WHO, jak i MPPGSiK⁵².

Wymiernym efektem konferencji było sformułowanie tekstu Deklaracji, w której potwierdzono, „że zdrowie, które jest pozytywnym w pełni stanem fizycznym, umysłowym i społecznym, a nie tylko nieobecnością choroby lub niepełnosprawności, stanowi podstawowe prawo człowieka oraz że uzyskanie najwyższego poziomu zdrowia jakie jest tylko możliwe jest najważniejszym celem społecznym w skali światowej, którego realizacja wymaga działań wielu innych sektorów społecznych i gospodarczych oprócz sektora zdrowia”⁵³. Po raz pierwszy w dokumencie międzynarodowym wskazano na czynniki łączące prawa zdrowotne z prawami ekonomicznymi. W Deklaracji bowiem uznano, że płaszczyzny te wzajemnie się warunkują, zaś najlepszym poziomem urzeczywistnienia prawa do ochrony zdrowia jest jej decentralizacja i przeniesienie na wymiar lokalny.

Deklaracja z Ałma-Aty zawiera istotne, nowe elementy zachowań pozytywnych państwa w sferze zdrowotnej. Kluczowym pojęciem Deklaracji jest „podstawowa opieki zdrowotna” (ang. *Primary Health Care, PHC*), która jest w tym ujęciu motorem rozwoju społecznego, a nawet gospodarczego⁵⁴. PHC jest zasadniczą opieką nad zdrowiem opartą na praktycznych, naukowo popar-

⁵¹ Promocja i ochrona zdrowia ludzi jest podstawą zrównoważonego ekonomicznego i społecznego rozwoju i ma znaczenie dla poprawy jakości życia i pokoju na świecie. Zob. pkt III Deklaracji z Ałma-Aty; Y. Beigbeder, *The World Health Organization*, The Hague–Boston 1998, p. 24.

⁵² Zob. B.M. Meier, *The World Health Organisation. The evolution of Human rights, and the failure to achieve health for All*, [w:] *Global Health and Human rights: Legal and Philosophical Perspectives*, reds J. Harrington, M. Stuttaford, Oxford 2010.

⁵³ Zob. pkt I Deklaracji z Ałma-Aty; A.L. Taylor, op.cit., s. 302.

⁵⁴ W świetle Deklaracji, podstawowa opieka zdrowotna stanowi integralną część krajowego systemu opieki zdrowotnej, którego głównym kierunkiem działania jest rozwój społeczny i gospodarczy danego społeczeństwa. Zob. pkt VII Deklaracji z Ałma-Aty. Jak podkreśla B.C.A. Toebes, pojęcie opieki zdrowotnej, zawarte w Deklaracji z Ałma-Aty, jest niezwykle szerokie, nawet w porównaniu z pojęciem „podstawowe usługi zdrowotne”; PHC obejmuje bowiem właściwe odżywianie, wodę oraz właściwe warunki sanitarne czy edukację zdrowotną. Konkurencyjnym w stosunku do PHC podejściem jest koncepcja Selekttywnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej (SPHC). Zob. G. Bueren, *International Law on the Rights of the Child*, Dordrecht, 1995, s. 298–301; M. Cueto, *The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care*, „American Journal of Public Health” 2004, nr 11, s. 1864–1874; B.C.A. Toebes, op.cit., s. 251–252.

tych i społecznie akceptowalnych metodach i technologiach zapewniających powszechną dostępność jednostkom i rodzinom w kraju poprzez ich pełny udział i po kosztach jakim społeczeństwo i państwo może podołać, aby utrzymać na każdym etapie ich rozwoju w duchu niezależności i samookreślenia⁵⁵. Zobowiązania państwa sformułowane w Deklaracji znalazły swoje normatywne rozwinięcie w m.in. w art. 24 CRC oraz art. 10 Protokołu z San Salvador.

Rozwinięciem postanowień Deklaracji z Ałma-Aty w odniesieniu do działań pozytywnych państwa w dziedzinie zdrowia jest Deklaracja Ottawska⁵⁶. Jej postanowienia zobowiązują rządy państw członkowskich do działań prewencyjnych umożliwiających jednostce prowadzenia zdrowego stylu życia. W szczególności zobowiązano państwa do przyjęcia optyki działania WHO, w tym przyjęcia strategii „Zdrowie dla wszystkich”⁵⁷. Koncepcja ta, to próba łączenia indywidualnych wysiłków człowieka zmierzających do zachowania swojego zdrowia (wymiar promocji zdrowego stylu życia jednostki), z kolektywnymi zobowiązaniami państwa, zmierzającego do zabezpieczenia sfery zdrowia publicznego, polegająca na takiej organizacji i dostępu do służby zdrowia umożliwiającego wczesną diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób posiadających deficyty w sferze zdrowotnej (wymiar rozwoju mechanizmów społecznych w zakresie opieki zdrowotnej).

6. Prawo do zdrowia w pozostałych dokumentach WHO

Normatywne przełożenie funkcjonalnego i wielopłaszczyznowego podejścia do zdrowia było kontynuowane przez WHO podczas kolejnych konferencji

⁵⁵ Podstawowa opieka zdrowotna podejmuje m.in. działania: promocyjne, zapobiegawcze, lecznicze i rehabilitacyjne ukierunkowane na główne problemy zdrowotne, prowadzi edukację zdrowotną, promuje zdrowe żywienie, poprawę warunków sanitarnych i odpowiednie zaopatrzenie w wodę, rozwija opiekę nad matką i dzieckiem łącznie z planowaniem rodziny oraz prowadzi akcje szczepień przeciw chorobom zakaźnym. Zob. pkt VI Deklaracji z Ałma-Aty.

⁵⁶ World Health Organization. Division of Health Education and Health Promotion, *Ottawa Charter for Health Promotion. Charter adopted at an International Conference on Health Promotion*, November 17–21, 1986, WHO, co-sponsored by the Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, Ottawa 1987; J.M. Zuniga, I. Sidibé, *Primum non nocere and the right to health*, [w:] *Advancing the right to health*, red. J.M. Zuniga et al., Oxford 2013, s. 336.

⁵⁷ Zob. Z. Pawłowski, *Zdrowie dla wszystkich. Idea i rzeczywistość*, [w:] *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych*, red. W. Lizak, A.M. Solarz, Warszawa 2013, s. 35; A. Wojtczak, op.cit., s. 12.

międzynarodowych. To swoiste hybrydowe i eklektycznie normatywne podejście WHO znalazło swoje odzwierciedlenie podczas licznych rezolucji WHA traktujących prawo do zdrowia jako fundamentalne uprawnienie podmiotowe, jak i pozytywny obowiązek państwa⁵⁸. W dalszej kolejności zdrowie, jako wartość prawnie chroniona, znalazła miejsce w umowach międzynarodowych kreowanych w ramach systemu uniwersalnego, w tym w Konwencji WHO dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu z dnia 21 maja 2003 r. (FCTC)⁵⁹. Pewne znaczenie dla zakresienia pozytywnych obowiązków państwa w zakresie zdrowotnych uprawnień jednostkowych zawierają wiążące instrumenty prawa międzynarodowego: Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne⁶⁰ oraz Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, pozwalające także na formułowanie negatywnej definicji prawa człowieka do zdrowia w ujęciu wąskim⁶¹.

Znaczenie zdrowia jako podstawowego dobra jednostki uwypuklają także liczne strategie i inne dokumenty WHO, składające się na szeroko pojmowane akty *soft law*. Istotną dla eksplanacji prawa człowieka do zdrowia kategorią dokumentów WHO są raporty, w których prawo do zdrowia wiązane jest już nie tyle definicyjnie z Konstytucją WHO, lecz z treścią art. 12 MPPGSiK⁶².

⁵⁸ Zob. G. Ooms et al., *Universal health coverage anchored in the right to health*, „Bulletin of the World Health Organization” 2013, nr 2, s. 2A–2B; B.M. Meier, W. Onzivu, *The evolution of human rights in World Health Organization policy and the future of human rights through global health governance*, „Public Health” 2014, nr 28, s. 179–187; B.M. Meier, *Global Health Governance and the Contentious Politics of Human Rights: Mainstreaming The Right To Health For Public Health Advancement*, „Stanford Journal of International Law” 2010, nr 1, s. 43–49.

⁵⁹ WHO Framework Convention on Tobacco Control, May 21, 2003, Geneva, WHO 2302 U.N.T.S. 166. Tekst polski: Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzona w Genewie dnia 21 maja 2003 r., Dz.U. 2007, nr 74, poz. 487. Zob. M. Rimmer, *Plain packaging for the Pacific Rim – tobacco control and the trans-Pacific Partnership*, [w:] *Trade Liberalisation and International Co-operation: A Legal Analysis of the Trans-Pacific Partnership Agreement*, red. T. Voon, Cheltenham 2013, s. 76.

⁶⁰ WHO, *International Health Regulations*, WHO, Geneva 2008, WHA58.3; WHA, *Implementation of the International Health Regulations*, WHO, Geneva 2008, WHA65.23.

⁶¹ WHO, *International statistical classification of diseases and related health problems (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes)* *International statistical classification of diseases*, WHO, 10th rev., wyd. 2008, Geneva 2009.

⁶² W tym ujęciu prawo do zdrowia to nic innego jak „skrótowa forma” prawa zawartego w MPPGSiK, czyli prawa do korzystania z najwyższej osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. W raporcie z 2005 r. podkreślono, że prawa człowieka

Interesujący jest w szczególności raport z 1997 r., gdzie prawo do zdrowia oraz jego komponenty zostały poddane normatywnej analizie. We wstępie podkreślono, że „nadszedł czas, aby uznać, że zdrowie i prawa człowieka nie są dwoma, wzajemnie wykluczającymi się celami”⁶³. Jak widać, proces ewolucji prawa do zdrowia ulega stopniowemu poszerzeniu o coraz to nowe komponenty, zgodnie z pozanormatywną koncepcją programową ONZ *human rights based approach to health*⁶⁴.

W odniesieniu do prawa do zdrowia rozumianego jako podstawowe uprawnienie jednostki do zachowania zdrowotnych funkcji swojego ciała w stanie nienaruszonym, szczególne znaczenie ma Rezolucja *Human Rights*, podjęta 21 maja 1970 r. na 23 posiedzeniu WHA potwierdzająca, że „prawo do zdrowia jest podstawowym prawem człowieka” oraz zobowiązująca do podjęcia współpracy WHO z dawną Komisją Praw Człowieka ONZ, zwłaszcza w dziedzinie rozwoju nauki i biotechnologii w zakresie zdrowia⁶⁵. Ważkość i istota tego prawa została dookreślona w kolejnych Rezolucjach WHA, w szczególności poprzez wskazanie i doprecyzowanie jego komponentów⁶⁶. Zdaniem WHA,

wraz z odpowiednimi instrumentami służącymi ich wdrażaniu, są narzędziem służącym „zapewnieniu równego dostępu do placówek służby zdrowia, dóbr i usług medycznych”. Zob. WHA Resolution, *Achievement of health-related Millennium Development Goals: report by the Secretariat*, WHO, Geneva 2005, A58/5, s. 5.

⁶³ WHO, *Report of the WHO informal consultation on health and human rights*, Geneva, 4–5 December 1997, WHO, Geneva 1998, WHO/HPD/98.1.

⁶⁴ I. Kickbush, *The development of international health policies – accountability intact?*, „Social Science & Medicine” 2001, s. 979 i n.; J. Harrington, M. Stuttaford, *Global health and human rights: Legal and Philosophical Perspectives*, London 2012; J.A. Harrington, M. Stuttaford, G. Hundt, *Sites for Health Rights: Local, National, Regional and Global*, „Social Science and Medicine” 2012, nr 1, s. 1–5; D. Otto, *Linking health and human rights: a critical legal perspective*, „Health and Human Rights” 1999, nr 1, s. 35 i n.; S. Gruskin, D. Borgecho, L. Ferguson, *‘Rights based-approches’ to health policies and programmes: articulations, ambiguities, and assessment*, „Journal of Public Health Policy” 2010, nr 2, s. 129–140.

⁶⁵ WHA Resolution, *Human rights*, 15 plenary meeting, 21 May 1970, WHO Handb. Res. 8.1.2. Jednocześnie rezolucja stanowiła próbę zapobiegnięcia „wyciekaniu” kompetencji WHO na rzecz innych organizacji wyspecjalizowanych, zwłaszcza w świetle postępu naukowego i technologicznego. Zob. pkt 5 Rezolucji. Zob. WHO, *United Nations Commission on Human Rights adopts resolutions and decisions on health-related matters*, „International Digest of Health Legislation” 1993, nr 3, s. 520–522.

⁶⁶ Zob. WHA Resolution, *Health education of children and young people*, 27 plenary meeting, 21 May 1974, WHO Handb. Res., 27.28; WHA Resolution, *Global vaccine action plan*, 65 plenary meeting, 26 May 2012, WHO Handb. Res., 65.17.

realizacja prawa do zdrowia ma opierać się na koncepcji *welfare state* i być realizowana poprzez ustanawianie odpowiednich przepisów prawnych na poziomie ustawodawstw krajowych⁶⁷.

Odzwierciedleniem powyższej idei było przyjęcie pod koniec lat 70. XX w. przez WHO na paradygmatu wiążącego poprawy zdrowia oraz zwiększenie przewidywalnej długości życia jednostek i całej populacji, nie tylko z postęпами w opiece medycznej, ale w powiązaniu z ogólnymi warunkami społecznymi i ekonomicznymi życia zgodnie z koncepcją wynikającą z art. 12 MPPGSiK⁶⁸. Wyrazem tej reorientacji było przyjęcie w 1977 r. przez WHO rezolucji „Zdrowie dla wszystkich” (ZDW) zakładającej osiągnięcie przez wszystkich ludzi na świecie do 2000 r. takiego poziomu zdrowia, który pozwoli im wieść społecznie i ekonomicznie wydajne życie⁶⁹. Strategia wyrażona następnie w dokumencie *Global strategy for health for all by the year 2000*, była wyrazem reorientacji działań państw w kierunku wprowadzenia kompleksowej polityki społecznej w służbie zdrowia⁷⁰.

Kontynuacją Strategii ZDW było przyjęcie w 1998 r. przez WHO Światowej Deklaracji Zdrowia, traktującej zdrowie jako wartość podstawową, a prawo do zdrowia jako fundamentalne prawo człowieka⁷¹. W dokumencie została potwierdzona konieczność współpracy WHO i wszystkich jej państw członkowskich w dążeniu do zapewnienia wszystkim ludziom możliwie jak najwyższego poziomu zdrowia jako warunku *sine qua non* zapewnienia zrównoważonego rozwoju. Wyznaczone zostały także globalne cele, które powinny zostać osiągnięte do 2020 r. Rozwinięciem postanowień Deklaracji jest strategia „Zdrowie 21: zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”⁷². W świetle tego dokumentu, wspólnym zadaniem

⁶⁷ W celu implementowania prawa do opieki zdrowotnej w 2010 r. przyjęty został Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, WHO Handb. Res., 63.16.

⁶⁸ K. Wojtczak, *Problematyka prawna ochrony zdrowia w świetle norm i zasad międzynarodowych*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu w Pile. Prawo i Administracja” 2003, t. II, s. 150–151; B.M. Meier, op.cit., s. 35.

⁶⁹ *Executive Board, sixtieth session, 23–24 May 1977*, Official records of the World Health Organization, WHO, Geneva 1977; H. Mahler, *The meaning of Health For All by the year 2000*, „World Health Forum” 1981, nr 1, s. 3–22.

⁷⁰ *Global strategy for health for all by the year 2000*, World Health Organization, Geneva 1988; H. Mahler, *Health for all – all for health*, „World Health Forum” 1988, nr 1, s. 5–6.

⁷¹ WHA Resolution, *World Health Declaration*, World Health Assembly fifty-first session, agenda item, Geneva 1998.

⁷² WHA Resolution, *Health-for-all policy for the twenty-first century*, World Health

WHO i państw członkowskich jest urzeczywistnienie prawa do zdrowia, jako podstawowego prawa człowieka. W tym celu państwa zostały zobowiązane m.in. do ochrony i promocji zdrowia wciągu całego życia człowieka, od poczęcia do jego naturalnej śmierci w oparciu o podstawowe zasady naukowe i etyczne. Strategia 21 pozostaje w ścisłym związku teleologicznym z Celami Milenijnymi ONZ⁷³.

Specyficzne, hybrydowe podejście do prawa do zdrowia, jako fundamentalnego prawa człowieka, ale i pozytywnego zobowiązania państwa, wyrażone zostało w tekście FCTC⁷⁴. Już w Preamble strony FCTC zobowiązały się „nadać priorytetowe znaczenie przysługującemu im prawu do ochrony zdrowia publicznego”⁷⁵. Celem FCTC jest „ochrona dzisiejszych i przyszłych pokoleń przed zgubnymi zdrowotnymi, społecznymi, środowiskowymi i ekonomicznymi następstwami konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy poprzez przedstawienie ram dla środków ograniczenia użycia tytoniu, jakie Strony będą wprowadzać na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym w celu ciągłego i znacznego ograniczenia rozpowszechnionej konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy”⁷⁶. W tym ujęciu FCTC stanowi istotne ograniczenie wolności człowieka w aspekcie dostępności i używania wyrobów tytoniowych⁷⁷.

Assembly fifty-first session, agenda item, Geneva 1998; Zob. Tekst polski: *Zdrowie 21: zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, Kraków 2001.

⁷³ Zob. *Millennium health goals: paths to the future*, World Health Organization, Geneva 2003; K. Cahill et al., *High Level Forum on the Health Millennium Development Goals: selected papers, 2003–2005*, Geneva 2006; WHA, *Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals (MDGs)*, World Health Assembly sixty-first session, agenda item 11.12, Geneva 2008, WHA61.18.

⁷⁴ Stroną FCTC jest większość członków WHO, w tym Polska, która ratyfikowała ją 14 grudnia 2006 r., a także podmioty niepaństwowe, m.in. Unia Europejska. Zob. Decyzja Rady 2004/513/WE z dnia 2 czerwca 2004 r. w sprawie zawarcia Ramowej Konwencji Antytytoniowej Światowej Organizacji Zdrowia (Dz.Urz. UE z 15.06.2004, nr L 213, s. 8); K. Przewoźniak, *Wyzwania w polityce ograniczającej palenie tytoniu w Unii Europejskiej*, [w:] *Prewencja pierwotna nowotworów: ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy*, red. J. Szymborski, W.A. Zatoński, „Zdrowie Publiczne. Monografie”, Warszawa 2012, s. 26–27.

⁷⁵ W. Onzivu, (Re) *Invigorating the World Health Organisation's governance of health rights: repositing an evolving legal mandate, challenges and prospects*, „African Journal of Legal Studies” 2011, nr 4, s. 226; O.A. Caberra, L.O. Gostin, *Global tobacco control: a vital component of the right to health*, [w:] *Advancing the right...*, op.cit., s. 264–265.

⁷⁶ Art. 3 FCTC. Należy zauważyć, że stosunek FCTC do innych umów i instrumentów prawnych został wyrażony w art. 2 FCTC; J. Barcik, op.cit., s. 163.

⁷⁷ Zob. na ten temat: Cz. Cekiera, W. Zatoński, *Palenie tytoniu: wolność czy zniewolenie*, Lublin 2001. WHO Tobacco Free Initiative, *The Millennium Development Goals*

Tekst FCTC, bezpośrednio godzący w wolność przedsiębiorcy do handlu tytoniem, zawiera liczne odniesienia do prawa do zdrowia definiowanego zarówno w oficjalnych dokumentach WHO, ale przede wszystkim w normatywnie wiążącym tekście MPPGSIK, a także Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet i Konwencji o Prawach Dziecka⁷⁸. Prawo do zdrowia zostało także przywołane w kontekście progresywnych obowiązków państwa, jak i zakazu dyskryminacji w opiece zdrowotnej⁷⁹. Dokonując wykładni wspomnianej, choć prawnie niewiążącej Preambuły FCTC, ale rozstrzygającej o pierwszeństwie w stosowaniu norm w przypadku ich kolizji z normami zawartymi w innych Konwencjach, w tym z systemem prawnym Światowej Organizacji Handlu (WTO), wydaje się, że należy nadać priorytet temu pierwszemu⁸⁰.

Na mocy FCTC, w celu realizacji prawa jednostki do wolności od skutków zdrowotnych nałogów palenia tytoniu osób trzecich, polegających na „ograniczeniu użycia tytoniu” państwa zobowiązały się do szeregu działań pozytywnych, głównie o charakterze prewencji generalnej: polegających na wprowadzeniu środków dotyczących ograniczania popytu na tytoń, środków dotyczących ograniczania podaży wyrobów tytoniowych, ochronie środowiska i zdrowia ludzi, a także odpowiedzialności karnej i cywilnej za używanie

and tobacco control: an opportunity for global partnership: executive summary, WHO, Geneva 2004.

⁷⁸ W Preambule w pierwszej kolejności odniesiono się do uprawnień jednostki zawartych w art. 12 MPPGSIK („przypominając artykuł 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 16 grudnia 1966 r., który głosi, że każdy ma prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu zdrowia psychicznego i fizycznego”), a następnie przytoczono definicję zdrowia zawartą w Konstytucji WHO („przypominając także preambułę do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, która głosi, że korzystanie z najwyższego możliwego poziomu zdrowia jest podstawowym prawem człowieka, niezależnie od jego płci, wyznania, przekonań politycznych, sytuacji społecznej czy ekonomicznej”).

⁷⁹ „Strony niniejszej Konwencji, (...) przypominając, że Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 r., przewiduje podjęcie przez Państwa-Strony tej Konwencji odpowiednich działań w celu likwidacji dyskryminacji kobiet w dziedzinie opieki zdrowotnej, przypominając ponadto, że Konwencja Praw Dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., przewiduje uznanie przez Państwa-Strony tej Konwencji prawa dziecka do najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia”.

⁸⁰ J. Barcik, op.cit., s. 29; A.L. Taylor, *Trade, human rights and the WTO: just what the doctor ordered?*, [w:] *Human rights and international trade*, Oxford 2005, s. 326–328.

tytoniu niezgodnie z postanowieniami FCTC⁸¹. Mając na celu lepszą ochronę zdrowia człowieka, zgodnie z treścią art. 3 FTCC strony zostały zachęcone do wprowadzenia środków wykraczających poza wymagane środki. W celu implementowania rozwiązań zawartych w FCTC powołane zostało Centrum Współpracy WHO na rzecz Kontroli użycia Tytoniu z siedzibą w Warszawie⁸².

7. Uwagi końcowe

Zdrowie jest pojęciem kluczowym w dorobku prawnym WHO, które z nawet przydało sobie miano „advokata światowego zdrowia”⁸³. Jako Organizacja o charakterze koordynacyjno-technicznym, WHO w niewielkim jednak stopniu korzysta z przysługującego mu instrumentarium prawnego, o którym mowa w art. 21 i 22 jej Konstytucji, co umożliwiłoby doprecyzowanie tego niezwykle obfitego treściowo prawa⁸⁴. Analiza *praxis* organizacji w odniesieniu do kompetencji normotwórczych WHO wskazuje wyraźnie, że w ramach organizacji nie ukształtowana została także tradycja określania standardów międzynarodowych w dziedzinie zdrowotnych praw człowieka poprzez ustanawianie konwencji i porozumień międzynarodowych czy „wzmacnianie tendencji

⁸¹ Zgodnie z art. 1 pkt d FCTC ograniczenie użycia tytoniu oznacza zbiór strategii ograniczenia popytu, podaży i szkodliwego działania, których celem jest poprawa stanu zdrowia ludności poprzez eliminowanie lub zmniejszanie konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy.

⁸² I. Popiuk-Ryksińska, op.cit., s. 33. Na temat polityki WHO zob. J. Siddiqi, *World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System*, Columbia 1995.

⁸³ T. Murphy, op.cit., s. 26; WHO, *Health for all in Twenty-first century*, Geneve 1998, WHO Doc. A 51/5.

⁸⁴ Zob. W. Morawiecki, op.cit., s. 240; I. Popiuk-Ryksińska, op.cit., s. 26–27. Jak podkreśla Thérèse Murphy, częściowe użycie kompetencji w sferze kreowania norm prawnych irytuje niektórych badaczy, zob. T. Murphy, ibidem. Dość krytycznie w stosunku do WHO i jej działalności normotwórczej odnosi się Jacek Barcik, którego zdaniem „praktyka ponad 60 lat działalności WHO pozwala stwierdzić, że organizacja zawiodła pokładane w niej nadzieje. Poza jednym przykładem działalności prawodawczej WHO w oparciu o art. 19 Konstytucji (IHR oraz międzynarodowa klasyfikacja chorób), przyznane kompetencje są niewykorzystywane, pozostając martwą literą. (...) WHO jest zależna od woli współpracy ze strony państw, te zaś nie zawsze tę wolę przejawiają. Rozwiązaniem byłoby podjęcie przez WHO roli aktywnego światowego lidera w dziedzinie zdrowia, przedstawiającego państwom inicjatywy prawodawcze”. Zob. J. Barcik, op.cit., s. 162–163 i cytowana przez niego literatura.

progresywnych” za pomocą instytucji komitetów⁸⁵. Działania Organizacji w odniesieniu do prawa do zdrowia skupiają się głównie na sprawozdawczości i bieżącym monitorowaniu czynników mogących mieć wpływ na zdrowie jednostki oraz na zdrowie publiczne⁸⁶. Z drugiej jednak strony olbrzymi dorobek normatywnym i operacyjny niekiedy przesłania podstawowe cele i zadania, dla których WHO została powołana, tj. popierania i ochrony zdrowia jednostki.

Summary

The World Health Organization is the most important organization exercising the mandate of the United Nations in the field of establishing and expanding the institutional guarantees for the protection of health and safety system to build the basic rights of the individual health. WHO is one of the specialized agencies of the United Nations, acting in the wider social sphere on the plane protecting and promoting health. WHO also enjoys a high degree of recognition in an international relations. Health is a key-word in the *acquis* of the WHO, which even in handy a reputation as “lawyer of global health”.

According to Preamble of WHO’s Constitution, health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity and 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. The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States. The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all. It is vital to reach this ambitious goals.

⁸⁵ Komitety eksperckie (ang. *WHO Expert Committes*) pozwalają na koordynowanie wdrażania programów w państwach członkowskich we współpracy z innymi organizacjami wyspecjalizowanymi ONZ. A. Wojtczak, op.cit., s. 146.

⁸⁶ Zob. W. Morawiecki, op.cit., s. 240; A. Redelbach, *Prawo do korzystania z optymalnego stanu zdrowia*, [w:] *Prawa człowieka. Model prawny*, red. R. Wieruszewski, Wrocław 1991, s. 906.