

Жаппарова А.С.

к.ю.н., доцент кафедры общественного здравоохранения,
медицинского права и организации фармации КазМУНО
(Алматы)

ИМПЛЕМЕНТАЦИЯ НОРМ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРАВА В ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Преобразования в медицинской отрасли, которые осуществляются в последнее время, это не только применение последних инновационных достижений, технологий, создание многопрофильных научных медицинских центров, но и внедрение в правовое регулирование охраны здоровья существующих международных и региональных стандартов.

Составной частью действующего права в Республике Казахстан являются соответствующие Конституции международные договоры и иные обязательства Республики (п. 1 ст. 4 Конституции РК). Нормативным постановлением Верховного Суда Республики Казахстан от 10 июля 2008 года № 1 «О применении норм международных договоров Республики Казахстан» закреплено, что в Республике Казахстан признаются и гарантируются права и свободы человека и гражданина, установленные Конституцией Республики Казахстан и признанными республикой нормами международного права. Последним отводится важная роль в вопросах соблюдения прав, свобод и законных интересов граждан и организаций. Международные договоры, заключенные Республикой Казахстан и ратифицированные Парламентом Республики Казахстан, имеют приоритет перед ее законами (п. 3 ст. 4 Конституции РК).

Международное право включает в себя нормы, которые являются обязательными для государств (*hard law*), и такие нормы, которые не обладают юридически обязательной силой (*soft law*). К первой группе относят международные договоры, положения которых отражены в нормах

Конвенций, Соглашений, Пактов. Вторую группу представляют акты международных организаций, международных конференций и совещаний (Декларации ВОЗ, Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН, Хартии и др.). Деление норм международного права на *hard law* и *soft law* – вопрос дискуссионный,¹ и в рамках данной статьи упомянут с целью показать, что некоторые документы международно-правового характера, регулирующие отношения в сфере охраны здоровья, носят рекомендательный характер.

Одно из важнейших конституционных прав граждан закреплено п. 1 ст. 29: «Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья». Здоровье – это не просто медицинская категория, которую можно определить как нечто противоположное состоянию болезни. В это понимание вкладывается более глубокое содержание, включающее социально-экономические факторы, влияющие на уровень здоровья не только индивида, но и нации в целом.

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь широко представлено в международных документах, закрепляющих права человека. Базовым следует считать Всеобщую декларацию прав человека 1948 г., которая гарантирует каждому человеку «такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам» (ст. 25).

Концептуальная идея, заложенная в понимании «здоровья» в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье

¹ Нешатаева Т.Н. Международные организации и право. Новые тенденции в международно-правовом регулировании. М., 1998. С. 108; Международное публичное право. Учебник (под ред. К.А. Бякишева). М., 2003. С. 384.

народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс о здоровье), отражает подход разработчиков Устава (Конституции) Всемирной организации здравоохранения.² В Кодексе о здоровье в п.п. 35) п. 1 ст. 1 здоровье определяется как «состояние полного физического, духовного (психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».³

В статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, принятого в 1966 г. Генеральной Ассамблеей ООН,⁴ заложена основа права на охрану здоровья, согласно которому признается право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Меры, которые должны быть приняты участвующими в Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают:

- 1) обеспечение сокращения смертности, детской смертности и здорового развития ребенка;
- 2) улучшение всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности;
- 3) предупреждение и лечение эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьба с ними;
- 4) создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

² Устав (Конституция) принят Международной конференцией здравоохранения. Подписан 22 июля 1946 г. В Преамбуле сказано: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов, иными словами, налицо более широкий подход к здоровью». <http://www.who.int/governance/eb/constitution/ru/>.

³ Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 06.04.2015 г.). http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065#pos=6;-197&sel_link=1004502135

⁴ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах ратифицирован Законом Республики Казахстан 21 ноября 2005 года № 87-III, вступил в силу для РК 24 апреля 2006 г.

Эти базовые принципы легли в основу разработки и принятия ряда иных документов международного характера: Алма-Атинской декларация ВОЗ (1978); Джакартской декларации ВОЗ о приоритетах охраны здоровья в XXI веке (1997); Европейской конвенции о правах человека и биомедицине (1997); Европейской хартии прав пациентов (2002); Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака (2003); Хартии о праве на здоровье (2005); Декларации о правах пациентов (2005) и др.

В международно-правовом регулировании права на охрану здоровья можно выделить несколько уровней закрепления:

- универсальный – выступающий как важная рекомендация для мирового сообщества;
- региональный – например, принятый Советом Европы, обязательный для стран-участников данной организации;
- специализированный – принятый специально созданной организацией для выработки общих стандартов качества и контроля.

Принятые на всех уровнях документы могут носить как обязательный, так и рекомендательный характер. Но во всех случаях они выступают как международно-правовой стандарт в области охраны здоровья, содержащий наиболее прогрессивные международно-правовые нормы, закрепляющие права и свободы человека в сфере охраны здоровья, как гарантии обеспечения данного права, а также формы международного сотрудничества.

18 сентября 2009 г. в Казахстане впервые был принят Кодекс о здоровье народа, регулирующий общественные отношения в области здравоохранения. Его принятие стало новым шагом в формировании правового подхода в регулировании отношений в сфере здравоохранения. Систематизация законодательства позволила объединить в одном правовом документе нормы одиннадцати Законов РК, действовавших до момента введения в действие Кодекса о

здоровье. Шагом вперед можно рассматривать максимальное сближение, гармонизацию положений кодифицированного акта с существующими международными нормами и стандартами. Это должно способствовать повышению качества оказания медицинской помощи, уровня предоставления медицинских услуг гражданам. Важнейшие принципы государственной политики в области здравоохранения также базируются на общепринятых международных стандартах.

Оказание медицинской помощи – это не односторонний процесс. Качество лечения, состояние здоровья в определенном смысле зависят не только от профессиональных действий медицинского работника, но и от отношения самого пациента к процессу лечения. Понимание и соблюдение обеими сторонами – пациентом и медицинским работником – взаимных прав и обязанностей во многом может снизить число конфликтных ситуаций, количество обращений и жалоб со стороны пациентов и их родственников на качество оказываемой медицинской помощи. К сожалению, в настоящее время наблюдается дисбаланс в уровне правового сознания пациента и врача. Правовое сознание пациента пошло «на опережение». Осведомленность о своих правах и использование механизмов их защиты в случаях нарушений подтверждается данными статистики. В 2011 г. судебными органами было удовлетворено 17 исков из предъявленных 33-х на общую сумму 12 052 244 тенге (возмещение материального ущерба и морального вреда). В 2012 г. пациентами и их родственниками было подано уже 78 исков, из которых удовлетворено 44 на сумму 32 715 460 тенге (материальный ущерб – 6 025 460 тенге и моральный вред – 26 690 000 тенге). За первое полугодие 2013 г. по 17 удовлетворенным искам из предъявленных 42, сумма материального и морального возмещения составила

14 085 975 тенге.⁵ Недобросовестные действия медицинского работника – одно из наиболее распространенных медицинских правонарушений, дела по которым инициируются самим пациентом или его родственниками. Показательно, если за весь 2014 г. по Республике в порядке уголовного реагирования было зарегистрировано 407 случаев недобросовестных действий медицинских работников, то только за январь месяц 2015 г. – 117.⁶

В 2002 г. европейской сетью общественных организаций, организаций по защите прав потребителей и пациентов была подготовлена Европейская хартия, четкое и всеобъемлющее изложение прав пациентов.⁷ Это явилось проявлением общеевропейского гражданского движения, которое содействовало активному вовлечению пациентов в формирование политики здравоохранения и стало попыткой преобразовать положения региональных документов, касающихся права на охрану здоровья, в четкие положения. В хартии обозначены 14 конкретных прав пациента, которые ущемляются чаще всего: право на профилактические меры, доступность, информацию, согласие, свободный выбор, приватность и конфиденциальность, уважение времени пациента, соблюдение стандартов качества, безопасность, инновации, предотвращение по мере возможности страданий и боли, индивидуальный подход к лечению, подачу жалоб и получение компенсации.

В действующем Кодексе о здоровье права пациентов предусмотрены в трех статьях (88, 89 и 91). Конечно, и в Законе Республики Казахстан от 7 июля 2006 года «Об

⁵ Досье на проект Закона Республики Казахстан «О гарантировании профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан» (август 2013 г.). http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31432233.

⁶ Данные Комитета по правовой статистике и специальным учётам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан. <http://pravstat.prokuror.kz/>

⁷ Европейская хартия прав пациентов. http://www.activecitizenship.net/health/european_charter.pdf.

охране здоровья граждан»⁸ предусматривались права граждан в области охраны здоровья. Но даже будучи законодательно закрепленным перечень этих прав носил более узкий характер в сравнение с действующим.

Хартия не имеет обязательной силы и используется как ориентир при проведении мониторинга и оценки систем здравоохранения, главным образом, в Европе. Несмотря на это, можно с уверенностью сказать, что права пациента, закрепленные в Кодексе о здоровье, отвечают европейскому стандарту, заложенному хартией. Например, в ст. 91 («Права пациента») включены право на медицинскую помощь в очередности, определяемой исключительно на основе медицинских критериев, без влияния каких-либо дискриминационных факторов; выбор, замену врача или медицинской организации; облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских технологий; на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья. Ст. 88 («Права граждан») включает право на обжалование действий (бездействия) медицинских и фармацевтических работников в организацию здравоохранения, вышестоящий орган и (или) в судебном порядке; возмещение вреда, причиненного здоровью неправильным назначением и применением медицинскими работниками лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

Все медицинские действия, связанные с охраной репродуктивных прав человека, оказанием медико-социальной помощи различным группам граждан (больные туберкулезом; ВИЧ-инфицированные и больные СПИД; лица, страдающие психическими расстройствами; больные алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией), донорством и трансплантацией, требуют получения обязательного информированного устного или письменного добровольного согла-

⁸ Утратил силу с введением в действие Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

сия пациента. Юридическое закрепление права на информированное согласие по сути изменило существовавший ранее подход в медицинской практике в вопросе взаимоотношений врача и пациента. Речь идет о патерналистской модели,⁹ которая была присуща отечественной медицине длительное время. Пациент выступал «зависимой» стороной, всецело полагаясь на опыт, квалификацию профессионализм и врачебную этику медицинского работника. И для большинства представителей медицинского сообщества такая модель была более предпочтительна, поскольку именно врачи брали на себя право определять объем той информации, которую должен знать пациент. При этом получение согласия со стороны последнего не рассматривалось необходимым, если врач действовал в целях предотвращения вреда.

Имплементацию международных и региональных стандартов в правовом регулировании можно найти не только в законодательных, но и подзаконных актах.

Проведение медико-биологических экспериментов, доклинических (неклинических) и клинических исследований, применение новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации закреплено ст. 180 Кодекса о здоровье. В статье заложены общие правила проведения таких экспериментов. Последовательное осуществление всех необходимых шагов и процедур предусмотрено в «Правилах проведения медико-биологических экспериментов, доклинических (неклинических) и клинических исследований», утвержденных Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 г. № 697. Медико-биологические эксперименты – одно из направлений биоэтики, соединяющей в себе медицинские, правовые, философские и религиозные аспекты. Биоэтика напрямую

⁹ Чеботарева О. А. Патернализм в отечественной медицине. Диссертация на соискание ученой степени канд. соц. наук. Волгоград, 2006. 132 с.

связана с соблюдением прав человека и пациента, в частности. Никакая научная целесообразность и необходимость не может оправдать нарушения прав и интересов человека. Поэтому очень важно определить правовые границы допустимого поведения медицинского работника в ходе экспериментов на человеке. Регулирование этих отношений получило правовое закрепление в ряде Международных документов: Нюрнбергском кодексе 1947 г.; Хельсинкской декларации 1964 г.; Конвенции о правах человека и биомедицине 1996 г.; Всеобщей декларации Организации Объединенных Наций о геноме человека и правах человека 1997 г.; Модельном законе «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ» 2005 г. Принципы проведения медицинских исследований и экспериментов на человеке, рекомендации для врачей, участвующих в различного рода биомедицинских исследованиях на людях, разработанные в этих документах, явились той правовой базой, на которой были выстроены нормы не только Кодекса о здоровье, но и подзаконного акта – «Правил проведения медико-биологических экспериментов, доклинических (неклинических) и клинических исследований».

Право на здоровье должно быть не только продекларировано, но и иметь под собой достаточные гарантии для его полноценной реализации. Международно-правовой стандарт в области охраны здоровья, закрепляющий права и свободы человека в сфере охраны здоровья, можно рассматривать как одну из гарантий обеспечения данного права.