

DOBROCHNA BACH-GOLECKA¹

Uniwersytet Warszawski

EKSTRATERYTORIALNOŚĆ A PRAWO DO OCHRONY ZDROWIA KONCEPCJA ZOBOWIĄZAŃ PODSTAWOWYCH (CORE OBLIGATIONS)

Słowa kluczowe: prawa człowieka, ochrona zdrowia, zobowiązania ekstraterytorialne

Key words: human rights, healthcare, extraterritorial obligations

WPROWADZENIE

Zagadnienie ekstraterytorialnego stosowania traktatów praw człowieka stanowi przedmiot żywej dyskusji i analiz w doktrynie prawa międzynarodowego². Rozpatrywane są zarówno kwestie odnoszące się do zakresu i rodzaju zobowiązań władz państwowych, jak i problematyka praw człowie-

¹ Dobrochna Bach-Golecka – Katedra Prawa Europejskiego, Instytut Prawa Międzynarodowego, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski.

² Zob. przykładowo T. S. Bulto, *The Extraterritorial Application of the Human Right to Water in Africa*, Cambridge University Press, Cambridge 2013; K. Da Costa, *The Extraterritorial Application of Selected Human Rights Treaties*, Martinus Nijhoff, Geneva 2012; M. Gondek, *The Reach of Human Rights in a Globalising World: Extraterritorial Application of Human Rights Treaties*, Intersentia, London 2009; M. Milanovic, *Extraterritorial Application of Human Rights Treaties: Law, Principles, and Policy*, Oxford University Press, Oxford 2011.

ka w kontekście indywidualnych uprawnień jednostki bądź w ramach kolektywnych praw określonej wspólnoty. Inne szczegółowe zagadnienia związane z ekstraterytorialnym stosowaniem traktatów praw człowieka odnoszą się do kwestii terminologicznych, określenia jurysdykcji, podziału odpowiedzialności, wskazania istnienia związku przyczynowego czy ustalenia odpowiednich mechanizmów implementacyjnych³. Podejmowane są także próby ich systematycznego i kompleksowego uregulowania, przykładowo w ramach unormowań miękkich, formalnie niewiążących (*soft law*).

Niniejszy artykuł ma na celu zbadanie kwestii ekstraterytorialnego stosowania prawa do ochrony zdrowia. Podstawowe regulacje dotyczące prawa do ochrony zdrowia zawarte są w art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r. (dalej: PDPC) oraz w art. 12 Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych z 1966 r. (dalej: MPPGSiK). Uwzględniając społeczny charakter prawa do ochrony zdrowia, przedstawione poniżej uwagi mają dwojaki cel: po pierwsze, zmierzają do wskazania specyficznych uwarunkowań związanych z ochroną praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych; po drugie, koncentrują się na wyodrębnieniu i określeniu zakresu istotnej sfery obligacyjnej władz państwowych w ramach koncepcji tzw. zobowiązań podstawowych (*core obligations*)⁴. Dodatkową płaszczyzną analizy jest dychotomiczna konstrukcja prawa do ochrony zdrowia, zakładająca zarówno pozytywnie ujęte zobowiązania władz państwowych, jak i indywidualistyczne uprawnienie jednostki do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia w danych uwarunkowaniach czasu i miejsca wykonywanych świadczeń medycznych.

1. EKSTRATERYTORIALNOŚĆ W ODNIESIENIU DO PRAW GOSPODARCZYCH, SPOŁECZNYCH I KULTURALNYCH

W doktrynie prawa międzynarodowego prawa człowieka traktowane są jako normy mające charakter uniwersalny i zakładające powszechne zo-

³ Tak M. Langford i in. (red.), *Global Justice, State Duties. The Extraterritorial Scope of Economic, Social and Cultural Rights in International Law*, Cambridge University Press, Cambridge 2013.

⁴ Zob. K. G. Young, *The Minimum Core of Economic and Social Rights: A Concept in Search of Content*, „The Yale Journal of International Law” 33 (2008), s. 113–175.

bowiązanie do ich przestrzegania. Praktyka związana z zapewnieniem poszanowania praw człowieka wskazuje jednak na rozpowszechnione przekonanie o pewnej „podstawie terytorialnej” ochrony praw człowieka i ograniczenia zobowiązań władz państwowych do osób pozostających na terytorium danego państwa i podlegających jego jurysdykcji. Uzasadnieniem terytorialnego zawężenia zakresu zobowiązania władz państwowych do ochrony praw człowieka może być treść art. 2 Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych z 1966 r. (dalej: MPPOiP), która wyraźnie wskazuje na podstawę terytorialną:

Kaźde 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 Pakcie⁵.

Z kolei unormowania dotyczące praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych takiego terytorialnego ograniczenia nie zawierają; co więcej wskazują na zobowiązanie władz państwowych do podjęcia współpracy międzynarodowej, zmierzającej do pełnej realizacji praw. W tym kontekście istotne są unormowania art. 2 MPPGSiK, które podkreślają zasadność ekstraterytorialnego stosowania postanowień Paktu:

Kaźde 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 środki w celu stopniowego osiągnięcia pełnej realizacji praw uznanych w niniejszym Pakcie wszelkimi odpowiednimi sposobami⁶.

Wydaje się, że w ramach wskazanych unormowań ekstraterytorialne stosowanie praw człowieka znajduje swoje zastosowanie szczególnie w odniesieniu do praw społecznych, gospodarczych i politycznych. W tym kontekście wskazuje się zwłaszcza na zobowiązanie do współpracy międzynarodowej; ekstraterytorialne zobowiązania państw mają bowiem przyczynić się do zmniejszenia negatywnych cech współczesnego systemu ochrony praw człowieka, dotyczących zarówno sfery podmiotowej, jak

⁵ Art. 2 MPPOiP, Dz.U. 1977, nr 38, poz. 167.

⁶ Art. 2 MPPGSiK, Dz.U. 1977, nr 38, poz. 169.

i przedmiotowej praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych. Przykładowo wyodrębnienie i doprecyzowanie ekstraterytorialnych zobowiązań państw mogłoby przyczynić się do wzmocnienia ochrony praw człowieka poprzez monitorowanie i kontrolę działań korporacji transnarodowych, organizacji międzyrządowych oraz włączenie komponentu związanego z prawami człowieka w ramy polityki inwestycyjnej i handlowej państw.

Zasady dotyczące określenia treści oraz zakresu ekstraterytorialnych zobowiązań państw dotyczących praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych zostały wskazane w dokumencie opracowanym we wrześniu 2011 r. przez grupę międzynarodowych prawników specjalizujących się w zagadnieniach praw człowieka, jako tzw. „Reguły z Maastricht” (dalej: RM)⁷. Jest to akt formalnie niewiążący, stanowiący klasyczny przykład unormowania o charakterze miękkim, rekomendacyjnym. Wydaje się jednak, że byłoby korzystne przedstawić pokrótce zasadnicze postanowienia dotyczące ekstraterytorialnych zobowiązań państw. Po pierwsze, RM mogą stanowić obrazowe tło dla dokonania analizy obowiązujących obecnie regulacji, mających charakter norm prawa międzynarodowego. Po drugie, znaczenie RM może przejawiać się w sferze prognostycznej i rekomendacyjnej, stanowiąc perspektywiczny załączek przeszłej regulacji o charakterze wiążącym. Po trzecie wreszcie, oddziaływanie instrumentu prawa miękkiego (*soft law*) wyrażać się może także w odniesieniu do praktyki państw, dobrowolnie i faktycznie podejmowanych działań przez władze krajowe, niezależnie od istnienia formalnie wyrażonego zobowiązania prawnego.

RM zawierają, w ramach zasad ogólnych, unormowanie wyraźnie stwierdzające powszechne zobowiązanie państw do poszanowania, ochrony oraz wspierania praw człowieka zarówno w obrębie granic własnego terytorium, jak i poza nim (ekstraterytorialnie). Owo powszechne zobowiązanie dotyczy różnych kategorii praw człowieka: obywatelskich, kulturalnych, gospodarczych, politycznych i społecznych⁸. Działania zmierzające do zagwarantowania poszanowania praw człowieka nie powinny być podejmo-

⁷ Szerzej na temat treści dokumentu, zob. O. De Schutter i in., *Commentary to the Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the Area of Economic, Social and Cultural Rights*, „Human Rights Quarterly” 34 (2012), s. 1084–1169.

⁸ W tym kontekście RM (nr 5) wskazują na powszechność, wzajemne powiązanie, niepodzielność i współzależność praw człowieka. Poszczególne kategorie praw człowieka traktowane są jako równe.

wane w sposób arbitralny, gdyż polityka władz państwowych powinna opierać się na uprzedniej debacie publicznej, zarówno parlamentarnej, jak i w szerszym wymiarze, obejmującym instytucje społeczeństwa obywatelskiego (RM, nr 7). Ponadto wybór określonego działania władz publicznych powinien być poprzedzony analizą skutków regulacji (*impact assessment*). Analiza powinna mieć charakter publiczny (RM, nr 14), w dwojakim znaczeniu: po pierwsze samo przeprowadzenie badań i analiz powinno mieć charakter otwarty (transparentny) i umożliwiać partycypację zainteresowanym jednostkom lub organizacjom. Po drugie wymóg publicznego charakteru analizy skutków regulacji dotyczy nakazu upublicznienia rezultatów przeprowadzonych badań.

Definicja zobowiązań ekstraterytorialnych (RM, nr 8) ma dwojaki charakter: po pierwsze, obejmuje zobowiązanie do działania lub niedziałania władz publicznych w ramach terytorium danego państwa lub poza nim, wywołującego skutki w zakresie korzystania z praw człowieka poza terytorium danego państwa; po drugie, pojęcie zobowiązań ekstraterytorialnych ma wymiar szerszy, dotyczący uniwersalnego zobowiązania do podjęcia działań na rzecz poszanowania praw człowieka, zarówno w ramach akcji unilateralnych, jak i wyrażających działanie kolektywne w ramach współpracy międzynarodowej. Zobowiązanie ekstraterytorialne dotyczy działań, w ramach których władze publiczne wykonują kompetencje lub sprawują rzeczywistą kontrolę, niezależnie od tego, czy dane działanie (zaniechanie) jest zgodne z normami prawa międzynarodowego⁹. Zobowiązania państw nie mają charakteru wyłącznie wewnętrznego (*pro foro interno*), ale rozciągają się także na aktywność władz publicznych na arenie międzynarodowej (*pro foro externo*), w ramach działań organizacji międzynarodowych oraz w kontekście tworzenia, stosowania i dokonywania interpretacji umów i standardów międzynarodowych.

RM wyodrębniają ogólne zobowiązanie państw do poszanowania gospodarczych, społecznych i kulturalnych praw człowieka (RM, nr 19). Owo

⁹ Za działania państwa uznawane są działania bądź zaniechania podejmowane nie tylko przez tradycyjne organy władzy ustawodawczej, wykonawczej i sędziowskiej, ale również aktywność podmiotów zależnych od władz publicznych (RM, nr 12). Zależność ta ustalana jest poprzez możliwość wydawania instrukcji, wiążących zaleceń, kontroli bądź ze względu na współdziałanie podmiotów w zakresie wykonywania zadań publicznych.

ogólne zobowiązanie zawiera również zakaz wywierania wpływu, zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni, utrudniającego korzystanie z praw człowieka w ramach terytoriów zewnętrznych. Przykładem takiego pośredniego oddziaływania na korzystanie z praw człowieka mogą być sankcje, embarga oraz inne instrumenty o podobnym charakterze (RM, nr 22); o ile państwa mogą stosować powyższe instrumenty, to jednak zobowiązane są do przestrzegania zasady proporcjonalności, wyrażającej się w nakazie poszanowania granicy oddziaływania tych środków, umożliwiając wykonywanie zobowiązań podstawowych (*core obligations*).

W tym kontekście istotnym ekstraterytorialnym zobowiązaniem państw jest ogólne zobowiązanie do ochrony gospodarczych, społecznych i kulturalnych praw osób znajdujących się na terytorium danego państwa, jak również poza nim (RM, nr 23). Władze publiczne zobowiązane są do podejmowania właściwych działań, zarówno samodzielnie, jak i w ramach współpracy międzynarodowej. Ochrona praw człowieka może wymagać zainicjowania działań ustawodawczych, administracyjnych, dochodzeniowych oraz sądowych, zarówno w odniesieniu do podmiotów publicznych, jak i podmiotów prywatnych, takich jak osoby fizyczne i prawne (przedsiębiorstwa, organizacje pozarządowe, korporacje transnarodowe). W szczególności państwa wezwane są do podejmowania działań, także przy użyciu środków dyplomatycznych, w sytuacji, gdy aktualne lub potencjalne naruszenie ma miejsce lub początek na terytorium danego państwa; w sytuacji działań podejmowanych przez osoby prawne mające swoją siedzibę bądź centrum działalności na terytorium danego państwa oraz w sytuacji występowania związku przyczynowego pomiędzy danym państwem a działaniem, którego dotyczyć mają podejmowane środki (RM, nr 25). W sytuacji, gdy naruszenie praw gospodarczych, społecznych lub kulturalnych stanowi równocześnie naruszenie norm prawa międzynarodowego bezwzględnie obowiązujących, państwa powinny podjąć działania w ramach jurysdykcji uniwersalnej.

Ciekawym zagadnieniem, które pojawia się w RM, jest wyodrębnienie zobowiązań państw wobec podmiotów „niepaństwowych” (*non-state actors*). Odnoszą się one nie tylko do uprawnień regulacyjnych władz publicznych, ale także do podejmowania działań zmierzających do wywarcia wpływu, przykładowo przy użyciu środków dyplomatycznych (RM, nr 26). Ponadto

państwa wezwane są do podjęcia współpracy zmierzającej do ograniczenia potencjalnie negatywnych skutków aktywności podmiotów niepaństwowych, które mogłyby przyczynić się do osłabienia ochrony gospodarczych, społecznych lub kulturowych praw człowieka.

W odniesieniu do zobowiązania państw do wspierania praw człowieka RM wskazują na kolejną ciekawą konstrukcję, mającą na celu zagwarantowanie efektywności i skuteczności podejmowanych działań. Państwa wezwane są do podejmowania zamierzonych, konkretnych, celowych działań, ukierunkowanych na stworzenie swoistego środowiska międzynarodowego, przyczyniającego się do pełnego poszanowania gospodarczych, społecznych i kulturalnych praw człowieka (RM, nr 29)¹⁰. Istnienie oraz prawidłowe funkcjonowanie takiego środowiska instytucjonalnego jest szczególnie istotne w przypadku działań podejmowanych w odniesieniu do aktywności handlowej (dwustronnej i wielostronnej), inwestycji, podatków, finansów, ochrony środowiska czy współpracy na rzecz rozwoju.

W kontekście praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych niezwykle ważnym zagadnieniem jest kwestia faktycznych możliwości oraz ekonomicznych, technicznych oraz technologicznych zasobów pozostających w dyspozycji państw. Władze publiczne zobowiązane są do wspierania praw człowieka do granic swoich możliwości (*maximum of ability*); powinny także odpowiednio wykorzystywać zdolność oddziaływania w międzynarodowym procesie podejmowania decyzji (RM, nr 31). Współpraca państw powinna opierać się na przestrzeganiu wyodrębnionych priorytetów (RM, nr 32), przykładowo poprzez działanie na rzecz grup osób szczególnie słabych, bezradnych, pokrzywdzonych oraz respektowaniu pewnych reguł ogólnych, takich jak prawo do samostanowienia, prawo do uczestniczenia (partycypacji) w procesie podejmowania decyzji. Dodatkowo, ważne jest poszanowanie zasad proceduralnych, takich jak przejrzystość, niedyskryminacja i równość, szczególnie w kontekście równości kobiet i mężczyzn.

¹⁰ Działania te mają być inicjowane zarówno samodzielnie przez państwa, jak i w ramach współpracy międzynarodowej. W szczególności państwa wezwane są do dokonywania systematycznej rewizji, analizy stosowania, interpretacji traktatów międzynarodowych oraz monitorowania środków podejmowanych w ramach stosunków międzynarodowych.

Efektywność wspierania praw człowieka wymaga stosowania narzędzi ekonomicznej analizy prawa, w szczególności przez kierowanie dostępnych zasobów w pierw dla zagwarantowania minimalnych poziomów ochrony praw gospodarczych, społecznych i ekonomicznych, dopiero w późniejszym etapie podjęcia działań na rzecz pełnej ochrony praw. W tym kontekście pojęcie zobowiązań podstawowych oznacza konieczność realizowania wskazanej ochrony minimalnej.

Wydaje się, że w kontekście ekstraterytorialnego stosowania praw człowieka należy rozważyć możliwość jego wystąpienia w ramach współpracy międzynarodowej. W RM w sposób szczególny podkreślono, że państwa zobowiązane są do zagwarantowania poszanowania praw człowieka nie tylko w ramach działań podejmowanych samodzielnie, ale także we współpracy z innymi państwami. Współpraca ta może przybrać szerszy wymiar, związany z udzieleniem wsparcia lub pomocy. W tym kontekście możliwe jest wyodrębnienie kilku płaszczyzn zobowiązaniowych: po pierwsze, zobowiązania państw do ochrony praw człowieka, samodzielnie lub we współpracy z innymi państwami; po drugie, zobowiązania do aktywnego współdziałania państw w ramach kolektywnych działań zmierzających do ochrony praw człowieka. W odniesieniu do pomocy międzynarodowej RM wyodrębniają dodatkowe sfery zobowiązaniowe: po pierwsze, zobowiązanie do udzielenia wsparcia lub pomocy międzynarodowej; po drugie, zobowiązanie do zwrócenia się o udzielenie wsparcia lub pomocy międzynarodowej w przypadku, gdy dane państwo nie jest zdolne zagwarantować poszanowania praw człowieka na własnym terytorium, pomimo podejmowania szczerych wysiłków (*best efforts*); po trzecie, zobowiązanie do udzielenia odpowiedzi na apel o udzielenie pomocy międzynarodowej (RM, nr 33–35).

W ramach powyższych podziałów możliwe jest wyodrębnienie różnorodnych kategorii normatywnych, związanych z ekstraterytorialnym stosowaniem praw człowieka. Po pierwsze, państwo A zobowiązane jest do zagwarantowania poszanowania praw człowieka zarówno w ramach własnego terytorium (A), jak i w odniesieniu do terytoriów innych państw (B, C, D, itd.). Wydaje się, że to zobowiązanie ekstraterytorialne może być realizowane zasadniczo na dwa sposoby: państwo A podejmuje działania w ramach współpracy międzynarodowej o charakterze kolektywnym, współ-

pracując z państwami B, C, D, itd., bądź w ramach współpracy bilateralnej państwa A i B, A i C, A i D, itd. Wydaje się, że współpraca kolektywna ma przy tym charakter typowy, regularny i systematyczny, związany przykładowo ze stosowaniem traktatów międzynarodowych, dokonywaniem interpretacji ich postanowień i podejmowaniem działań politycznych na arenie międzynarodowej.

Współpraca bilateralna ma odmienny charakter, ze względu na konieczność spełnienia dodatkowych przesłanek poza celem związanym z ochroną praw człowieka. Podjęcie współpracy międzynarodowej pomiędzy państwem A i B może się odbyć z inicjatywy państwa A, w sytuacji gdy państwo A nie jest w stanie, przy wykorzystaniu własnych zasobów, zagwarantować poszanowania praw człowieka. Współpraca, która może mieć charakter wsparcia i pomocy państwa B na rzecz państwa A odbywa się na podstawie uprzednio uzgodnionych warunków. Państwo A jest zobowiązane do przeznaczenia uzyskanych środków pomocowych na działania zmierzające do osiągnięcia zamierzonego celu, związanego z zagwarantowaniem poszanowania praw człowieka. Dodatkowo państwo A jest zobowiązane do nawiązania współpracy z państwem B i zwrócenia się o wsparcie i pomoc międzynarodową. Z kolei państwo B, do którego został skierowany wniosek o udzielenie wsparcia od państwa A, jest zobowiązane do rozpatrzenia owego wniosku w dobrej wierze (*bona fide*) oraz do podjęcia decyzji zgodnie z regułami dotyczącymi zobowiązań ekstraterytorialnych¹¹.

RM zawierają odrębny rozdział poświęcony mechanizmom implementacyjno-skargowym (RM, nr 36–41), zakładający istnienie różnorodnych instrumentów, takich jak: monitorowanie i raportowanie stanu przestrzegania praw człowieka przez organizacje międzynarodowe, możliwość składania skarg w systemie pozasądowym, zarówno w ramach struktur międzynarodowych, jak i krajowych (komisje praw, rzecznicy praw, komisje parlamentarne badające działalność władz wykonawczych), mechanizmy skargowe w relacjach pomiędzy państwami, jak również skuteczny system środków odwoławczych na poziomie krajowym. Państwa zobowiązane są do ustanowienia efektywnego systemu środków odwoławczych (RM,

¹¹ W szczególności państwo B powinno wziąć pod uwagę takie czynniki, jak dostępne mu zasoby oraz reguły dotyczące ustalania priorytetów celów współpracy międzynarodowej.

nr 37), zakładającego dostęp do szybkich i skutecznych środków zaskarżenia naruszeń praw gospodarczych, społecznych lub kulturalnych do niezależnego organu, włączając możliwość sądowego zaskarżenia decyzji wydanej w pierwszej instancji. Ponadto ekstraterytorialny wydzźwięk zasad funkcjonowania mechanizmów implementacyjno-skargowych dotyczy sytuacji, w której działanie związane z naruszeniem praw człowieka miało miejsce w państwie A, zaś negatywne konsekwencje owego działania dla jednostek miały miejsce również w państwie B. W takiej sytuacji oba państwa, A i B, zobowiązane są do zagwarantowania dostępu do środków odwoławczych oraz do nawiązania międzynarodowej współpracy i pomocy sądowej w celu zapewnienia prawidłowości przebiegu procesu odwoławczego. Środki odwoławcze powinny być dostępne zarówno dla jednostek, jak i grup jednostek, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Osoba pokrzywdzona powinna mieć prawo uczestniczenia w postępowaniu wyjaśniającym. Postępowanie to powinno zmierzać do przeprowadzenia sprawnego pod względem czasowym, dokładnego i niezależnego dochodzenia okoliczności sprawy. W przypadku stwierdzenia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy naruszeniem praw a powstałą szkodą państwa zobowiązane są do zaprzestania dokonywania naruszeń oraz do wypłacenia odszkodowania. Ponadto ofiary mają prawo do poznania prawdy na temat działań skutkujących naruszeniem ich praw. Prawda ta może być ujawniona publicznie, jeżeli nie prowadzi do pogorszenia sytuacji prawnej ofiar. RM określają także zobowiązanie do stosowania środków tymczasowych oraz możliwość przyznania zadośćuczynienia, restytucji, rehabilitacji ofiar oraz zapewnienia gwarancji niepowtarzania sytuacji naruszenia prawa (RM, nr 38).

Postanowienia końcowe RM (nr 42–44) wskazują na konieczność zagwarantowania minimum praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych. Państwa wykonujące zobowiązania o charakterze ekstraterytorialnym mogą poddać prawa ograniczeniom zgodnym z prawem międzynarodowym, jednak nie powodujących naruszenia ich istoty i przy zagwarantowaniu materialnych oraz proceduralnych środków odwoławczych. Wydaje się, że postanowienie to nawiązuje do koncepcji zobowiązań podstawowych, odnoszących się do zapewnienia istoty praw.

2. PRAWO DO OCHRONY ZDROWIA W PRAWIE MIĘDZYNARODOWYM

Rozważania dotyczące ekstraterytorialnych zobowiązań z zakresu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych mogą być zastosowane *mutatis mutandis* do prawa do ochrony zdrowia, stanowiącego przykład społeczniego prawa człowieka. W tym kontekście można wskazać na dwa zasadnicze źródła normatywne tego prawa: jest ono uregulowane zarówno w art. 25 PDPC oraz w art. 12 Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych z 1966 r. Unormowania PDPC mają charakter szerszy, odnosząc się nie tylko do sfery związanej z ochroną zdrowia, ale także wskazując na inne elementy dobrostanu społecznego:

1. Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie, 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 niezależny.

2. Matka i dziecko mają prawo do specjalnej opieki i pomocy. Wszystkie dzieci, zarówno małżeńskie, jak i pozamałżeńskie, korzystają z jednakowej ochrony społecznej¹².

Unormowania MPPGSiK mają bardziej jednorodny charakter, regulując zasadniczo prawo do ochrony zdrowia oraz jego elementy składowe:

1. Państwa-Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego.

2. Kroki, jakie Państwa-Strony niniejszego Paktu powinny podjąć dla osiągnięcia pełnego wykonania tego prawa, będą obejmowały 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,

¹² Art. 25 PDPC, rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ, 217/III A z dnia 10 grudnia 1948 r.

d) stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby”¹³.

W świetle powyższych uwag należy podkreślić, że unormowane w prawie międzynarodowym prawo do ochrony zdrowia implikuje w pewnym zakresie odpowiedzialność władz publicznych za stan zdrowia populacji zamieszkującej terytorium danego państwa. Jak zauważa Brigit Toebes, we wcześniejszych wiekach zaangażowanie władz publicznych w działania na rzecz ochrony zdrowia miały wymiar kolektywny i utylitarny, zasadniczo były bowiem ukierunkowane na przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych i epidemii¹⁴. Współczesne rozumienie prawa do ochrony zdrowia wskazuje na konieczność podejmowania działań o charakterze systemowym, regularnym, niezwiązanym zasadniczo z doraźnymi, jednostkowymi wydarzeniami. Zaangażowanie władz państwowych ma bowiem dotyczyć podejmowania działań zmierzających do ustanowienia systemu opieki zdrowotnej, który umożliwiałby jednostkom korzystanie z dostępu do świadczeń medycznych.

W literaturze przedmiotu podkreśla się złożony charakter prawa do ochrony zdrowia¹⁵ – zawiera ono prawo jednostki do swobodnego podejmowania decyzji oraz dysponowania swoimi danymi zdrowotnymi, jak również uprawnienie do ochrony zdrowia, związane z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej. W tym drugim aspekcie istotna jest dostępność usług zdrowotnych, odpowiednia infrastruktura medyczna (personel, sprzęt, produkty) właściwej jakości. Sprawnie działający, sprawiedliwy system opieki zdrowotnej stanowi warunek konieczny do realizacji prawa do ochrony zdrowia.

Prawo do ochrony zdrowia wskazuje zatem na uprawnienie jednostki do uzyskania właściwych medycznie świadczeń w odpowiednim medycznie czasie oraz na zobowiązanie państw do stworzenia warunków umożliwiających realizację tego uprawnienia. Wyodrębnione w art. 12 ust. 1 MPPGSiK prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdro-

¹³ Art. 12 MPPGSiK, Dz.U. 1977, nr 38, poz. 169.

¹⁴ Zob. B. Toebes, *Right to Health and Health Care*, [w:] D. P. Forsythe (red.), *Encyclopedia of Human Rights*, Oxford University Press, t. 2, Oxford 2009, s. 365.

¹⁵ Zob. J. Tobin, *The Right to Health in International Law*, Oxford University Press, Oxford 2012.

wia fizycznego i psychicznego oznacza zatem konieczność istnienia efektywnego i zintegrowanego systemu ochrony zdrowia¹⁶. Krajowy system opieki zdrowotnej powinien mieć charakter skuteczny i zrównoważony, powinien gwarantować dostęp do opieki medycznej, zgodnie z narodowymi i lokalnymi priorytetami. W tym kontekście istotne są takie cechy organizacji systemu opieki zdrowotnej, jak przejrzystość, jakość i równość, uczestnictwo, wyodrębnienie krajowego planu zdrowotnego oraz określenie minimalnego „koszyka” usług medycznych gwarantowanych w danym państwie.

W odniesieniu do zobowiązania państw dotyczącego organizacji systemu opieki zdrowotnej może się pojawić pytanie o potencjalny związek pomiędzy reżimem danego kraju a realizacją zobowiązania wyodrębnionego w kontekście prawa do ochrony zdrowia. Przeprowadzone empiryczne badania porównawcze¹⁷ wskazują w tym kontekście na swoistą zależność pomiędzy stanem zdrowia populacji danego kraju a stabilnością systemu politycznego; w państwach o stabilnym ustroju demokratycznym występuje pozytywna korelacja pomiędzy zdrowiem jednostki a poziomem rozporządzalnego dochodu; z kolei w państwach o niestabilnych rządach realizacja zobowiązania władz publicznych do zagwarantowania ludności prawa do ochrony zdrowia ma charakter utrudniony. Niestabilność rządów oddziałuje w sposób negatywny na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, co skutkuje relatywnie słabym stanem zdrowia poszczególnych jednostek.

W tym kontekście można wskazać na zasadnicze cechy konstrukcyjne systemu opieki zdrowotnej, które umożliwiają realizację prawa do ochrony zdrowia, rozumianego jako prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia w danych uwarunkowaniach czasu i miejsca wykonywanych świadczeń medycznych. Celem systemu ochrony zdrowia powinien być dobrostan jednostek, wspólnot i populacji. Zatem optymalny system opieki zdrowotnej to system „pacjentocentryczny”, ukierunkowany na osobę pacjenta, który powinien być traktowany z szacunkiem i godnością. Podejście holistyczne w systemie opieki zdrowotnej zakłada jego ukie-

¹⁶ Zob. P. Hunt, G. Backman, *Health Systems and the Right to Highest Attainable Standard of Health*, „Health and Human Rights” 10 (2008), s. 81–92.

¹⁷ Zob. przykładowo J. Klomp, J. de Haan, *Is the Political System Really Related to Health?*, „Social Science and Medicine” 69 (2009), s. 36–46.

runkowanie na pacjenta (osobę chorą), a nie wyłącznie na chorobę. W tym kontekście podkreśla się konieczność istnienia specyficznej regulacji dotyczącej usług medycznych, uwzględniającej oryginalny charakter relacji pacjenta, ujmowanego jako osoba chora, w sytuacji bezradności, i lekarza, którego misją jest udzielenie terapeutycznej pomocy w sytuacji potrzeby medycznej, w ramach odpowiedzialności za dobrostan pacjenta. Medyczne normy kontraktowe powinny zatem wyrażać ową specyfikę, podobnie jak regulacje odnoszące się do prawa rodzinnego¹⁸.

Prawidłowość funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej mierzona jest nie tylko w odniesieniu do wyników związanych z realizacją prawa dostępu do ochrony zdrowia, ale także w odniesieniu do procedury (postępowania) zmierzającej do uzyskania założonych rezultatów. W obszarze tym istotne jest na przykład przestrzeganie zasad przejrzystości (transparentności), uczestnictwa, równości i niedyskryminacji oraz słuszności. Zasady równości i niedyskryminacji są ze sobą wzajemnie powiązane, a celem ich stosowania jest zagwarantowanie reguły słuszności w kontekście opieki zdrowotnej. Zasady te powinny mieć charakter reguł kierunkowych w procesie planowania opieki medycznej. Ich przestrzeganie umożliwia dostęp do opieki zdrowotnej jednostkom oraz grupom znajdującym się w sytuacjach gorszych w porównaniu do reszty populacji¹⁹. Przykładowo można wskazać w tym zakresie kobiety, dzieci, seniorów, osoby znajdujące się w trudnej sytuacji finansowej. Reguła słuszności nakazuje podjęcie działań na rzecz równego dostępu do usług medycznych, w zależności od występujących potrzeb.

Wydaje się, że najbardziej istotnym uwarunkowaniem systemów opieki zdrowotnej są ograniczenia zasobów dostępnych w krajowej służbie zdrowia²⁰. W tym kontekście należy podkreślić, że prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia ma charakter stopniowalny, w znacznej mierze uzależniony od możliwości finansowych, organizacyjnych i logistycznych danego państwa. Realizacja prawa do ochrony

¹⁸ Tak M. A. Hall, *The Legal and Historical Foundations of Patients as Medical Consumers*, „Georgetown Law Journal” 96 (2008), s. 583–597.

¹⁹ Zob. A. Green, *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*, Oxford University Press, Oxford 2007, s. 64.

²⁰ Zob. T. Murphy, *Health and Human Rights*, Hart Publishing, Oxford 2013.

zdrowia uzależniona jest zatem od dostępności zasobów umożliwiających utworzenie i utrzymanie efektywnej służby zdrowia, świadczącej usługi medyczne odpowiedniej jakości i w odpowiednim terminie.

W ramach powyżej określonych uwarunkowań kluczowe znaczenie należy przypisać działaniom planistycznym, przyjęciu określonych wskaźników i kryteriów służących ewaluacji oraz monitorowaniu funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. Znaczenie działań planistycznych zostało podkreślone w dokumentach przyjętych w ramach prac Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (CESCR). W 2000 r. przyjął on uwagi ogólne nr 14, które odnoszą się do prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia²¹. Zgodnie z uwagami ogólnymi władze publiczne organizujące system opieki zdrowotnej zobowiązane są do kierowania się kryterium efektywności tak, aby przy wykorzystaniu dostępnych w danym momencie zasobów zagwarantować powszechność dostępu do ochrony zdrowia w odniesieniu do wszystkich członków danej populacji oraz odpowiednią jakość udzielanych świadczeń medycznych. Pojęcie zasobów nie powinno być rozumiane wyłącznie w kategoriach finansowych i budżetowych, ale związane również z odpowiednią alokacją zasobów ludzkich, edukacyjnych, organizacyjnych i technicznych²².

Elastyczność działania władz publicznych związana z koniecznością planowania uwzględniającego ograniczony charakter dostępnych zasobów nie jest nieograniczona. W tym kontekście można wskazać na dwie konstrukcje prawne służące jako hamulec autonomii działania władz państwowych²³. Po pierwsze, instrumentem ograniczającym swobodę kształtowania systemu opieki zdrowotnej jest reguła nieretrogresji (*non-retrogression*), zakazująca obniżenia poziomu dostępu do usług zdrowotnych w porównaniu do osiągniętego w danym momencie na określonym terytorium. Innymi słowy, działania władz publicznych ukierunkowane na zorganizowanie systemu ochrony zdrowia nie mogą prowadzić do pogorszenia

²¹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), *General Comment No. 14 on the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, 11.8.2000 r., UN Doc. E/C.12/2000/4.

²² Zob. S. Skogly, *The Requirement of Using the 'Maximum of Available Resources' for Human Rights Realisation: A Question of Quality as Well as Quantity?*, „Human Rights Law Review” 12 (2012), s. 393–420.

²³ UN Doc. E/C.12/2000/4, § 32, 43–45.

jakości opieki zdrowotnej. Po drugie, instrumentem ograniczającym dowolność działania państw jest wskazanie na zobowiązania podstawowe (*core obligations*), które nie podlegają regulacjom umożliwiającym podejmowanie jedynie tych działań, których intensywność uzależniona jest od warunków lokalnych, ale które mają charakter bezwzględny, wymagający osiągnięcia bezpośredniego skutku²⁴.

Zgodnie z uwagami ogólnymi nr 14, które odnoszą się do prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia, zobowiązania podstawowe dotyczą zapewnienia przez władze publiczne minimalnego poziomu opieki zdrowotnej, traktowanej jako nieprzekraczalna podstawa²⁵. Wśród zobowiązań podstawowych można wyodrębnić zobowiązanie proceduralne, związane z opracowaniem kompleksowego planu rozwoju krajowego systemu ochrony zdrowia. Zobowiązanie podstawowe, wyrażone w sposób ogólny, dotyczy ukształtowania egalitarnego systemu opieki zdrowotnej, w ramach którego dostęp do usług medycznych zorganizowany jest w sposób zgodny z zasadą równości (niedyskryminacji), szczególnie w odniesieniu do jednostek, grup i wspólnot znajdujących się w sytuacjach społecznie niekorzystnych. Przykładem respektowania zasady równości przy konstruowaniu sieci placówek medycznych jest zapewnienie słusznego podziału jednostek ochrony zdrowia pomiędzy regiony wiejskie i miejskie (zurbanizowane) oraz ustalenie minimalnego, obowiązującego powszechnie na terytorium danego kraju koszyka świadczeń medycznych, czyli gwarantowanych przez państwo usług medycznych²⁶.

Państwa zobowiązane są ponadto do ustanowienia mechanizmów proceduralnych, mających na celu zapewnienie skutecznych, przejrzystych, dostępnych i niezależnych instrumentów, gwarantujących odpowiedzial-

²⁴ W tym kontekście konstrukcja norm przypomina zobowiązanie do osiągnięcia określonego rezultatu, którego treść odnosi się do minimalnego poziomu usług medycznych gwarantowanych przez państwo. Zob. K. G. Young, *The Minimum Core of Economic and Social Rights: A Concept in Search of Content*, „The Yale Journal of International Law” 33 (2008), s. 113–175.

²⁵ UN Doc. E/C.12/2000/4, § 43–45.

²⁶ Zakres przedmiotowy koszyka świadczeń gwarantowanych nie jest zunifikowany, ale ma zróżnicowany charakter, w zależności od sytuacji zdrowotnej danej populacji, dostępnych zasobów w służbie zdrowia oraz decyzji kierunkowych, związanych z rozwojem danych usług medycznych i wspieraniem ich dostępności przez władze krajowe.

ność za dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo zobowiązanie to wskazuje na potrzebę monitorowania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zarówno w ramach bieżącego działania, jak i osiągniętych wyników. Przestrzeganie zasady transparentności nabiera szczególnego znaczenia w procesie podejmowania decyzji dotyczących przeznaczenia środków na konkretne cele związane z opieką zdrowotną i rozdysponowania ograniczonych zasobów, wymagających wyważania interesów różnych podmiotów. Istotne jest także zagwarantowanie mechanizmów efektywnej koordynacji pomiędzy zróżnicowanymi podmiotami, publicznymi i prywatnymi, funkcjonującymi w obrębie krajowej służby zdrowia.

3. EKSTRATERYTORIALNOŚĆ W ODNIESIENIU DO PRAWA DO OCHRONY ZDROWIA

Zagadnienie ekstraterytorialności w odniesieniu do prawa do ochrony zdrowia ma charakter wielopłaszczyznowy. W tym kontekście można wyodrębnić zobowiązanie do podjęcia i utrzymywania współpracy międzynarodowej w zakresie ochrony zdrowia. Może ona przybrać formy zinstytucjonalizowane poprzez uczestnictwo i aktywność państw w organizacjach międzynarodowych zajmujących się ochroną zdrowia (jak Światowa Organizacja Zdrowia, WHO) bądź w ramach kontaktów bilateralnych lub multilateralnych²⁷.

W kontekście typologii ekstraterytorialnych zobowiązań państw należy podkreślić zróżnicowany zakres powinności państw dotyczących prawa do ochrony zdrowia²⁸. Po pierwsze, państwa zobowiązane są do poszanowania praw człowieka w ramach zobowiązania negatywnego, odnoszącego się do niepodejmowania działań prowadzących do naruszeń praw człowieka w innych państwach. Po drugie, w kontekście zobowiązania do ochrony praw człowieka, państwa powinny podejmować działania zmierzające do

²⁷ Szczególny przypadek współpracy międzynarodowej stanowi współpraca w ramach kontaktów transgranicznych, przykładowo w ramach państw Unii Europejskiej. Por. D. Bach-Golecka, *Mobilny pacjent. Korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej*, Instytut Europeprawo, Warszawa 2015.

²⁸ Zob. S. Skogly, *Beyond National Borders: States' Human Rights Obligations in International Cooperation*, Intersentia, Antwerp 2006.

ochrony praw człowieka osób z innych państw poprzez potencjalną aktywność podmiotów prywatnych. Przykładowo w ramach tego zobowiązania państwa powinny podjąć odpowiednie działania regulacyjne, zmierzające do zapewnienia ochrony praw człowieka przez te korporacje transgraniczne, które funkcjonują w różnych państwach, a podlegają unormowaniom tego państwa. Po trzecie, ekstraterytorialne zobowiązanie z dziedziny ochrony zdrowia może mieć wymiar pozytywny, odnosząc się do podejmowania współpracy na rzecz wspierania praw człowieka w innych państwach poprzez udzielanie wsparcia i pomocy dla rozwoju niezbędnej infrastruktury oraz przekazywania środków. W tym kontekście podmiotem pierwotnie zobowiązanym do zagwarantowania realizacji praw człowieka jest państwo właściwe terytorialnie, zaś działania innych państw mają charakter komplementarny i uzupełniający aktywność tego państwa w realizacji celu społecznego.

Zobowiązanie do podjęcia współpracy międzynarodowej na rzecz poszanowania prawa do ochrony zdrowia w wymiarze ekstraterytorialnym może odnosić się także do aktywności państw na arenie międzynarodowej, w szczególności w stosunku do międzynarodowych instytucji finansowych²⁹. W tym kontekście można analizować potencjalne zobowiązanie państw rozwiniętych, o wysokim PKB, do udzielania wsparcia państwom rozwijającym się, o niskim PKB, w celu wypełnienia przez te ostatnie kraje podstawowych zobowiązań z zakresu prawa do ochrony zdrowia³⁰. Owa powinność państw rozwiniętych gospodarczo do udzielania wsparcia państwom rozwijającym się może być także uzasadniana odwołaniem do faktów i statystyki dotyczącej większych potrzeb medycznych krajów biedniejszych przy równoczesnej sytuacji radykalnych niedoborów finansowych, ludzkich, rzeczowych, technicznych i organizacyjnych. Jednym z przykładów ilustrujących ową przepaść w realizacji prawa do ochrony zdrowia, związaną z różnicami w funkcjonowaniu systemów opieki zdro-

²⁹ Zob. J. Bueno de Mequita, P. Hunt, R. Khosla, *The Human Rights Responsibility of International Assistance and Cooperation in Health*, [w:] M. Gibney, S. Skogly (red.), *Universal Human Rights and Extraterritorial Obligations*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 2010, s. 104–129.

³⁰ Zob. S. Skogly, *Causality and Human Rights Obligations*, [w:] M. Langford i in. (red.), *Global Justice, State Duties: The Extraterritorial Scope of Economic, Social and Cultural Rights in International Law*, Cambridge University Press, Cambridge 2013, s. 233–258.

wotnej, jest porównanie średniej długości życia, która w przypadku mieszkańców Afryki jest blisko 30 lat krótsza niż w przypadku mieszkańców Europy czy USA. Zdaniem Lawrence'a O. Gostina i Roberta Archera, zobowiązanie do udzielania międzynarodowej pomocy państwom znajdującym się w potrzebie ma w tym kontekście charakter wielopłaszczyznowy. Stanowi ono swoiste zalecenie polityczne, nakaz etyczny uzasadniany względami sprawiedliwości społecznej, czy też zobowiązanie prawne wynikające z zasad rządów globalnych³¹. Z kolei praktyka słabo rozwiniętej pomocy medycznej dla państw rozwijających się związana jest ze swoistą porażką wyobraźni moralnej we współczesnych stosunkach międzynarodowych.

W praktyce w sytuacji niedoborów w krajowym systemie ochrony zdrowia, spowodowanej niemożnością organizacyjną władz państwowych do zagwarantowania dostępu do świadczeń medycznych, nawiązanie współpracy międzynarodowej zmierzającej do swoistego uzupełnienia braków systemu opieki zdrowotnej może odbyć się z inicjatywy jednostek. Przykładowo jednym ze źródeł inicjujących powstanie regulacji odnoszących się do transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej była aktywność obywateli Unii zmierzających do uzyskania świadczeń medycznych w innym państwie członkowskim³². Wydaje się, że podobny skutek może mieć także nasilenie zjawiska tzw. turystyki medycznej, ujawniającej potrzebę regulacji normatywnej medycznej współpracy międzynarodowej³³.

PODSUMOWANIE

Prawo do ochrony zdrowia zajmuje szczególne miejsce w katalogu praw człowieka. Po pierwsze, z racji jego istotnego, jednostkowego znaczenia dla każdego człowieka i powiązania jego realizacji z dobrostanem jednostki

³¹ Zob. L. O. Gostin, R. Archer, *The Duty of States to Assist Other States in Need: Ethics, Human Rights, and International Law*, „Journal of Law, Medicine and Ethics” 35 (2007), s. 526–533.

³² Proces ten opisuje M. Eigmüller, *Europeization from Below: the Influence of Individual Actors on the EU Integration of Social Policies*, „Journal of European Social Policy” 23 (2013), s. 363–375.

³³ Zob. N. P. Terry, *Under-Regulated Healthcare Phenomena in a Flat World: Medical Tourism and Outsourcing*, „Western New England Law Review” 29 (2007), s. 415–463.

oraz wspólnoty³⁴; po drugie, z racji wyraźnie sprecyzowanych zobowiązań podstawowych państw w odniesieniu do zagwarantowania minimalnego poziomu opieki zdrowotnej, traktowanej jako nieprzekraczalna podstawa; po trzecie, z racji zobowiązania państw do stałej aktywności w dziedzinie opieki zdrowotnej, zmierzającej do zagwarantowania korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Czynniki te wskazują zasadniczo na zobowiązania władz publicznych w odniesieniu do ludności pozostającej w ramach terytorium danego państwa i poddanej jurysdykcji tych władz.

Istnieją jednak dodatkowe przyczyny, dla których zobowiązania państw powiązane z prawem do ochrony zdrowia mogą mieć także charakter ekstraterytorialny, wykraczający poza jurysdykcję terytorialną danego państwa. Związane są one ze współczesnymi przemianami stosunków międzynarodowych opartych na relacjach współzależności, powiązań i wzajemnego oddziaływania w wymiarze globalnym, a nie na tradycyjnie rozumianej suwerenności państw. Występujące współzależności w dziedzinie ochrony zdrowia mogą oznaczać oddziaływanie władz jednego państwa, organizacji międzynarodowych lub podmiotów prywatnych, takich jak korporacje transnarodowe, na stan realizacji prawa do ochrony zdrowia w innym państwie. Oddziaływanie to może mieć także charakter negatywny, przyczyniając się do osłabienia możliwości zagwarantowania dostępu do świadczeń medycznych przez władze publiczne. Dodatkowym czynnikiem wzmacniającym dążenie do wyodrębnienia norm o ekstraterytorialnych zobowiązaniach państw są występujące, faktyczne i rażące nierówności w realizacji prawa do ochrony zdrowia pomiędzy państwami rozwiniętymi a rozwijającymi się. W tym kontekście przedstawiciele prawa międzynarodowego działają na rzecz wykształcenia zasad globalnych rządów, opartych na solidaryzmie i sprawiedliwości społecznej³⁵, normujących reguły współpracy międzynarodowej w ramach ekstraterytorialnych zobowiązań państw.

³⁴ Zob. D. P. Hunter, *Leading for Health and Wellbeing: the Need for a New Paradigm*, „Journal of Public Health” 31 (2009), s. 202–204.

³⁵ Wydaje się, że w odniesieniu do prawa do ochrony zdrowia najbardziej dopracowaną propozycję teoretyczną zawiera monografia autorstwa L. O. Gostina, *Global Health Law*, Harvard University Press, Cambridge–London 2014.

DOBROCHNA BACH-GOLECKA

**EXTRATERRITORIALITY AND THE RIGHT TO HEALTH.
THE CONCEPT OF CORE OBLIGATIONS**

The article aims at distinguishing and analyzing the extraterritorial obligations of states within the contemporary debate on human rights, with a particular focus upon the right to health. It seems that the recent discussion concerning the concept of extraterritorial obligations has been raised by the challenges of globalization and subsequent modifications on traditional notion of sovereignty in international relations. Thus the idea of extraterritorial obligations is a novel phenomenon in international legal discourse, emerging from the analysis of human rights theorists. One of the most visible output of their concern has been the document adopted in September 2011 entitled *Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the Area of Economic, Social and Cultural Rights*. While undoubtedly the document is not a formally and legally binding instrument still it may prove conducive to strengthening a future discussion and possible development of legal norms within the field of extraterritorial obligations of states.

The intention of the second part of the article is to analyse the content of the right to health as developed in human rights law and to distinguish the realm of the so-called core obligations of states within the basic obligation to ensure the highest attainable standard of health. As a corollary to this aim, the possible extraterritorial obligations of states within the field of health law are being identified. Concluding remarks elaborate upon the prospective development of extraterritorial obligations in international law, and the possible impact of the right to health protection within the process of their emergence.