

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Екатерина Гнатик*

Евгения Сокова**

Статья посвящена исследованию деятельности Европейского Союза в сфере здравоохранения. Авторы рассматривают такие вопросы, как разграничение компетенции Союза и государств-членов в области общественного здравоохранения, выработка здравоохранительной политики интеграционного объединения, закрепление на законодательном уровне понятия «право на здоровье». Анализируются различные типы моделей здравоохранения, распространенные в государствах-членах ЕС, а также источники медицинского права Союза.

Европейский Союз можно охарактеризовать как пример наиболее плодотворной интеграции как в экономической, так и в других областях. Созданный с целью укрепления взаимодействия государств в политической, экономической и социальной сферах, сегодня союз продолжает расширять векторы деятельности, направленные на улучшение уровня качества жизни в государствах-членах.

Нормы, принимаемые уполномоченными органами ЕС, обеспечиваются механизмом принуждения. Это обстоятельство кардинально отличает Союз от подобных ему интеграционных сообществ (таких как Содружество независимых государств (СНГ), Шанхайская организация сотрудничества (ШОС), Евразийский экономический союз (ЕАЭС) и др.). Европейский Союз, аналогично ЕАЭС и ШОС, изначально создавался в целях экономического сотрудничества для достижения наибольшей эффективности в деятельности государств-участников. Объединение потенциала способствует упрочению позиций на мировой арене и сообщества, и самих государств.

Однако ЕС давно вышел за рамки исключительно экономических отношений, поэтому сегодня мы можем наблюдать единую политику государств-членов практически во всех сферах общественной жизни: охране окружающей среды, страховании, защите наименее обеспеченных слоев населения, трудовых отношений, отношений по поводу интеллектуальной собственности, а также в области здравоохранения [2. С. 32]. Первоначальные цели создания Союза (экономическая интеграция, упрощение таможенных режимов и процесса трудовой миграции) тесно связаны с вопросами общественного здравоохранения (к примеру, в случае вспышки инфекционного заболевания необходимо принятие специальных мер для недопущения инфицированных на территорию другого государства с целью локализации болезни). Таким образом, Союз начал разрабатывать нормы по охране здоровья граждан, несмотря на то, что это является компетенцией государств – его членов. Сегодня европейская политика все чаще вынуждена затрагивать проблемы здравоохранения, вырабатывая общие принципы и стратегии.

* Гнатик Екатерина Николаевна, доктор философских наук, профессор кафедры онтологии и теории познания Российского университета дружбы народов.

** Сокова Евгения Александровна, студентка кафедры международного права Российского университета дружбы народов.

Здоровье человека как ценность в рамках Союза обозначается уже в 1951 г. в ст.69 Договора об учреждении Европейского объединения угля и стали (ЕОУС), согласно которой государства - члены ЕОУС принимают меры, направленные на устранение любых ограничений по национальному признаку при приеме в угольной и сталелитейной промышленности работников, являющихся гражданами государств-членов, имеющих признанную квалификацию в угледобывающем или сталелитейном производстве, с учетом ограничений, обусловленных основными требованиями здравоохранительной и публичной политики. Далее, интерес представляет Договор об учреждении Европейского сообщества по атомной энергии (Евратом), в соответствии с которым для защиты здоровья работников и граждан необходимо разработать базовые стандарты и фундаментальные принципы регулирования обследования здоровья работников. Последующие документы ЕС по аналогии упоминали здоровье как ценность, однако полномочия Союза в сфере здравоохранения как таковые закреплены не были. В 1992 г. Маастрихтский договор (Договор о европейском союзе) указал на содействие в достижении высокого уровня здоровья населения как одного из направлений деятельности ЕС.

В настоящее время значимая роль в системе ЕС в контексте здравоохранения принадлежит Европейскому комиссару по здравоохранению и защите прав потребителей. Его деятельность заключается в проведении проверок по запросам как властей, так и потребителей, и составлении заключений по поднятым вопросам. Круг проблем, входящий в компетенцию Комиссара, чрезвычайно широк: борьба с курением, с чрезмерным использованием пестицидов, с поставками некачественных продуктов и многие другие. Однако в 2014 г. Комиссар ЕС Тонио Борг начал новую масштабную кампанию против СПИДа при поддержке ООН и ВОЗ. К настоящему моменту уже составлен план мероприятий, которые в течение ближайших двух лет будут проводиться как на территории ЕС, так и в соседних Союзу странах. Согласно данным сайта ЮНЭЙДС, план мероприятий по борьбе с ВИЧ делает акцент на выработку единого подхода к искоренению дискриминации, усилению политического руководства ЕС в этой сфере и повышению доступа к услугам в области ВИЧ для уязвимых групп населения [7].

Европейское агентство по лекарственным средствам (ЕМА) было создано в 1995 г. с целью охраны здоровья граждан ЕС и животных при помощи контроля за качеством лекарственных средств [1. С. 131]. До 2004 г. название агентства звучало как «Европейское агентство по оценке медицинской продукции», что существенно сужало компетенцию данного органа.

Деятельность агентства заключается в постоянном контроле за фармацевтической продукцией и контроле за ее рациональным применением выходящей на рынок ЕС регистрации новых препаратов, проведении исследований, предоставлении консультаций. По результатам проверок ЕМА составляет отчеты, а на основе полученных данных составляет доклады, призванные стандартизировать деятельность фармакологических компаний. Так, в 1997 г. агентством было подготовлено руководство по исследованию взаимодействий лекарственных препаратов, пересмотренное в 2012 г. Данное руководство адресовано, в большей степени, врачам, выписывающим лекарства своим пациентам.

Совместно с Еврокомиссией по здравоохранению ЕМА в 2007 г. проводило совещания по оценке результатов принятия Директивы по клиническим исследованиям. На основании заключений, сделанных Агентством, ЕК сформулировала тезисы, которые впоследствии должны быть отражены в регламентах по этому вопросу. Данный факт является свидетельством значительного влияния ЕМА на нормотворческую деятельность Европейского союза.

Договор о функционировании ЕС [4] в ст.4 закрепляет совместную компетенцию Союза и государств-членов. В рамках исследуемой темы следует выделить п.б (социальная политика), f (защита потребителей), k (общие проблемы безопасности в сфере здравоохранения), п.2 указанной статьи. Ст.6 Договора устанавливает право Союза на поддержку, координацию и дополнение действий государств-членов в сфере охраны и улучшения здоровья людей [4].

Ст. 3 Договора о Европейском Союзе (в редакции Лиссабонского договора) (далее – Договор о ЕС) закрепляет содействие Союза социальной справедливости и социальной защите. В ст.6 Договора о ЕС говорится о том, что права, свободы и принципы, изложенные в Хартии Европейского Союза об основных правах от 7 декабря 2000 г., адаптированной 12 декабря 2007 г., в полной мере признаются государствами-членами [3].

Упомянутая Хартия охватывает весьма обширный круг прав и свобод, в котором немалое место занимают права, связанные со здоровьем и здравоохранением. Так, ч. 1 ст. 3 закрепляет право на физическую и психическую целостность, а ч.2 той же статьи перечисляет основные правила, которыми обязаны руководствоваться в своей работе ученые-медики и биологи. Ст. 4 запрещает пытки, ст. 34 обеспечивает социальную помощь, и, наконец, ст. 35 гарантирует охрану здоровья и право на получение медицинской помощи. Последняя статья также обязывает Союз применять исключительно самые высокие стандарты в области медицинского обслуживания.

Принятые в рамках Союза нормативные акты, непосредственно затрагивающие вопросы общественного здравоохранения, можно условно разделить на три группы. Первая включает в себя документы, разработанные в целях имплементации международных договоров в право ЕС (Регламент Европейского парламента и Совета (ЕС) № 273/2004 от 11 февраля 2004 г. о лекарственных компонентах (ОJ 2004 L 24/1). Ко второй группе можно отнести акты, принятые в связи с чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения (Директива Совета 2005/94/ЕС от 20 декабря 2005 г. о мерах Сообщества по контролю за птичьим гриппом и отмене Директивы 92/40/ЕС (ОJ 2006 L 10/16), Решение Комиссии от 03.02.2011г. о некоторых мерах предотвращения переноса вируса африканской чумы свиней из России в ЕС). Третья группа актов ЕС направлена на установление базовых стандартов и принципов в вопросах, связанных с медицинской и здравоохранительной деятельностью (Директива Европейского Парламента и Совета № 2011/24/EU от 09.03.2011г. об установлении прав пациентов на трансграничное здравоохранение, Регламент Европейской Комиссии 605/2010 от 02.07.2010 об установлении ветеринарных условий и условий по охране человеческого здоровья для прохождения сертификации при ввозе сырого молока и молочных продуктов, предназначенных для употребления в пищу в ЕС, Директива Европейского Парламента и Совета 2010/45/EU от 07.07.2010 г. об установлении стандартов качества и безопасности использования человеческих органов, предназначенных для трансплантации и др.) Как правило, именно документы, относящиеся к последней группе, являются максимально исчерпывающими по своему содержанию, то есть содержат принципы, правила, рас-

крывают термины, обозначают направления деятельности.

В конце XX века Европейский союз столкнулся с новыми угрозами здравоохранению: резкое увеличение числа случаев заболевания СПИДом и рост онкологических заболеваний. Сектор здравоохранения был подвергнут трансформации, однако вскоре начался процесс расширения ЕС, что повлекло за собой необходимость еще более существенных изменений. Сложная экономическая ситуация в новых государствах Союза предопределила необходимость предоставления им дополнительной помощи в существенных масштабах. Возникновение новых проблем в сфере здравоохранения продемонстрировало необходимость проведения коренных реформ всей системы. Среди основных элементов, нуждающихся в изменениях, были выделены такие, как финансирование здравоохранения и роль исполнительных органов в здравоохранительной деятельности [6. С. 60-69]. В качестве основного итога реформы предполагалось достижение обеспечения общедоступности медицинского обслуживания, повышение его качества и эффективности, а также рационализация распределения материальных и человеческих ресурсов в данной области.

Однако, несмотря на все усилия по выработке единой политики по охране здоровья граждан ЕС, этот вопрос по большей части остался в компетенции государств-членов [5. С. 19]. Вырабатываемые Союзом направления трактуются и применяются по-разному. Это объясняется тем, что среди стран-участниц ЕС нет общей модели здравоохранения. На сегодняшний день таких моделей выделяется пять: бисмаркская (немецкая), бевериджская (английская), северо-, восточно- и южноевропейская модели. Указанные модели отличаются друг от друга степенью централизованности здравоохранительных органов, основными источниками финансирования и механизмами распределения средств.

Модель Бисмарка (так называемая страховая) берет свое начало в 1883 г., когда в Германии был принят первый закон об обязательном страховании на случай болезни [6. С. 182]. Эта система предполагает всеобщий охват за счет обязательных взносов рабочих. Услуги по лечению предоставляются как государством, так и частными компаниями. Сегодня такой системы придерживаются сама Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Люксембург.

Бевериджская модель (иначе – национальная) строится на финансировании за счет бюджетных средств и предполагает практически стопроцентную зависимость страховых компаний от государства. Она также сложилась в конце XIX в., однако не в виде закона, а в виде государственного плана по развитию социального страхования граждан [6. С. 187]. В 1942 г. в парламент Великобритании Уильямом Бевериджем был представлен проект по мерам социального обеспечения, позже взятый за основу последующих реформ. Расходы на медицинское обслуживание покрываются за счет налоговых поступлений в бюджет на государственном и муниципальном уровнях. Однако существенным минусом данной системы является наличие очередей на получение бесплатной помощи, что, в свою очередь, стимулирует частный сектор предоставлять дополнительные платные услуги. Данная модель взята за основу самим Соединенным Королевством, а также Ирландией и Исландией.

Схожей по принципу с бевериджской системой является североевропейская. Основные расходы берет на себя государство, однако население, помимо налогов, также должно вносить определенную сумму за непосредственное нахождение в лечебных и профилактических учреждениях. К странам, поддерживающим эту модель, относятся Швеция, Норвегия, Финляндия, Дания.

Как отмечали Р.Б. Салтман и Дж. Фигейрас, по состоянию на 1997 г. страны бывшего соцлагеря находились в стадии перехода от социальной модели здравоохранения к одной из европейских [6. С. 180]. Однако на данный момент нельзя утверждать, что этот переход окончательно состоялся, в связи с чем выделяется особая система – восточно-европейская. Ей присущи два уровня: государственное обслуживание за счет налогов и обширный частный сектор с зачастую завышенными ценами на услуги здравоохранения. К этой группе государств относятся Чехия, Венгрия, Польша.

Последняя, южноевропейская модель, заключается в децентрализации системы здравоохранения. Аналогично модели Бисмарка, значительная часть расходов на медицинское обслуживание исходит из налоговых платежей, но существует тенденция увеличения количества полномочий и степени ответственности муниципальных и региональных органов. Проблемой этой системы является неравенство населения в различных регионах по степени доступности и количеству оказываемых услуг. Данной модели придерживаются Испания, Португалия, Италия и Греция.

Таким образом, можно констатировать, что исторические, культурные и экономические различия в государствах ЕС являются своеобразным «тормозом» процесса стандартизации здравоохранительной деятельности. К сожалению, на сегодняшний день не все государства-члены готовы принять политику, которую предлагает Союз и международные организации, и следовать ей.

Вместе с тем, необходимо отметить, что значительное содействие Евросоюзу в вопросах выработки стандартов в области здравоохранения оказывает европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ). При помощи ЕРБ проводились мероприятия по охране здоровья матери и ребенка, по профилактике ВИЧ/СПИДа, по вакцинации отдельных государств (например, против бруцеллеза в Испании). Кроме того, были учреждены долгосрочные программы по охране здоровья и окружающей среды, по популяризации здорового образа жизни, по борьбе с ожирением, алкоголем и курением табака. Наконец, ЕРБ оказывает Евросоюзу значительную помощь в разработке стандартов деятельности работников в сфере здравоохранения, а также деятельности государств по организации здравоохранения [8]. Именно такой путь развития представляется оптимальным в достижении наибольшей эффективности.

Литература:

1. Абашидзе А.Х., Маличенко В.С. Регулирование клинических исследований по праву Европейского союза // Московский журнал международного права. 2013. № 1.
2. Бугров Р.В. Институционально-политическое развитие Европейского Союза: Тенденции, закономерности, перспективы : Диссертация на соиск. уч. степени кандидата политических наук. Нижний Новгород, 2002.
3. Договор о Европейском Союзе (Маастрихт, 7 февраля 1992 г.) (в редакции Лиссабонского договора 2007 г.). Консолидированный текст // СПС Гарант

4. Договор о функционировании Европейского Союза (Рим, 25 марта 1957 г.) (в редакции Лиссабонского договора 2007 г.). Консолидированный текст // СПС Гарант
5. Ершов С.В. Правовые особенности формирования наднациональной власти ЕС в процессе взаимодействия права ЕС и национального права государств-членов: Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Москва, 2003.
6. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. М., 2000.
7. <http://www.unaids.org>.
8. Sixty years of WHO in Europe // <http://www.euro.who.int>.

THE ACTION GUIDELINES OF THE EUROPEAN UNION IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTHCARE

The article researches the activity of the European Union in the healthcare sector. The authors explore such issues as the differentiation of the competence of the European Union and the Member States in the field of public healthcare, the development of the public health care policy of the integration organization, the normative consolidation of the concept «the right to health». Various types of the health care models widespread in the EU

Member States and sources of medical law of the European Union are analyzed.

Ekaterina Gnatik,
Doctor of Science (Philosophy), Professor,
Department of Ontology and Epistemology,
Peoples' Friendship University of Russia
Evgeniya Sokova,
Student, Department of International Law,
Peoples' Friendship University of Russia

Ключевые слова:

международное медицинское право, Европейский Союз, право на здоровье, общественное здравоохранение, модель здравоохранения, интеграционное сообщество, угрозы здравоохранению, охрана здоровья, Европейское агентство по лекарственным средствам.

Keywords:

international health care law, global health care law, European Union, right to health, public health care, model of health care, integration organization, public health threat, health protection, European Medicines Agency.

References:

1. Abashidze A.Kh., Malichenko V.S. Regulirovanie klinicheskikh issledovaniy po pravu Evropeiskogo soiuza [Regulation of clinical trials by the right of the European Union] // Moskovskii zhurnal mezhdunarodnogo prava [Moscow Journal of International Law]. 2013. № 1.
2. Bugrov R.V. Institutsional'no-politicheskoe razvitie Evropeiskogo Soiuza: Tendentsii, zakonomernosti, perspektivy [Institutional and political development of the European Union: Tendencies, regularities, prospects]. Dissertatsiia na soisk. uch. stepeni k.polit.n. [Dissertation ...candidate of political science]. Nizhnii Novgorod, 2002.
3. Dogovor o Evropeiskom Soiuze (Maastrikht, 7 fevalia 1992 g.) (v redaktsii Lissabonskogo dogovora 2007 g.). Konsolidirovannyi tekst [Treaty of Lisbon amending the Treaty on European Union]//SPS Garant
4. Dogovor o funktsionirovanii Evropeiskogo Soiuza (Rim, 25 marta 1957 g.) (v redaktsii Lissabonskogo dogovora 2007 g.). Konsolidirovannyi tekst [Treaty of Lisbon amending the Treaty establishing the European Economic Community] // SPS Garant
5. Ershov S.V. Pravovye osobennosti formirovaniia nadnatsional'noi vlasti ES v protsesse vzaimodeistviia prava ES i natsional'nogo prava gosudarstv-chlenov [Legal features of formation of the supranational power of the EU in the course of interaction of the right of the EU and the national right of member states]. Dissertatsiia na soisk. uch. stepeni k.iu.n [Dissertation ...candidate of science (law)]. Moskva, 2003.
6. Saltman R.B., Figeiras Dzh. Reformy sistemy zdravookhraneniia v Evrope. Analiz sovremennykh strategii [Reforms of the health system in Europe. Analysis of the modern strategy]. М.,2000.
7. <http://www.unaids.org>.
8. Sixty years of WHO in Europe // <http://www.euro.who.int>.