1. Õiguse tervisele kontseptsioonide raamistik

Õigus tervisele ei tähenda ka seda, et inimesel oleks õigus saada kõiki tervishoiuteenuseid ja ravimeid, mis on talle meditsiiniliselt näidustatud.1 Veelgi vähem hõlmab õigus tervisele õigust saada tervishoiuteenuseid või tervist kaudselt toetavaid teenuseid, ravimeid või muid tervist toetavaid preparaate, näiteks toidulisandeid, inimese enda valikul ilma meditsiinilise näidustuseta. Ehkki meditsiiniliselt näidustatud tervishoiuteenuste ja ravimite tagamine selle õiguse osana tundub esmapilgul mõistlik, põrkuks terviseõiguse selline sisustamine teravalt riikide majandusliku võimekusega seda õigust tagada.

Teadlased töötavad pidevalt välja uusi ravimeid ja ravimeetodeid, kuid nende kättesaadavust võib takistada hind. Eriti kallid on harvikhaiguste ravimid, mille ravikuur võib maksta sadu tuhandeid eurosid aastas. Põhjus on selles, et nende ravimite väljatöötamise kulud on sama suured kui muude ravimite väljatöötamise kulud, kuid sihtgrupiks olevaid patsiente on väga vähe. Ehkki saame rõõmustada, et tänapäeval osatakse ravida rohkem haigusi kui kunagi varem, ei suuda ka arenenud riikide tervishoiusüsteemid kõikide inimeste ravivajadusi rahuldada, sest rahalised võimalused selleks on piiratud.

Kuigi head tervist ega kõiki vajalikke tervishoiuteenuseid ja ravimeid ei suuda ega peagi suutma riik inimesele tagada, on riigil ja ühiskonnal inimese tervisele oluline mõju.2 Inimese tervislik seisund ei ole üksnes juhuse määrata, vaid seda mõjutab asjaolu, mis riigis ja ühiskonnas inimene on sündinud. Uuringud näitavad, et nii nagu juurdepääsu tervishoiuteenustele, mõjutab inimese tegelikku terviseseisundit tema koht ühiskonnas, täpsemalt ühiskonnaklass, sugu, rass ja muud sarnased näitajad.3

Kui tervis on midagi, mida ühiskond paratamatult mõjutab, siis on alust arvata, et ühiskond saab seda juhtida ka soovitud suunas. Politoloog ja Harvardi ülikooli professor Judith Shklar on tabavalt märkinud, et tsivilisatsiooni edusammud sünnivad siis, kui seda, mida varem peeti ebaõnneks, hakatakse pidama

ebaõigluseks.[4] Tervise käsitamine inimõigusena nõuab mõtteviisi muutust ning mõistmist, et tervis on sama palju ühiskondlik asi nagu näiteks haridus.

Ilmekas näide ühiskondlikust mõjust tervisele on tervishoiusüsteemide toimetulek Covid-19 pandeemiaga. Inimeste elu ja tervist mõjutab Covid-19 pandeemia ajal haiglate võimekus võtta korraga vastu suurt hulka patsiente (sealhulgas intensiivravi vajavaid patsiente), riigi isikukaitsevahendite varude suurus, testide ja vaktsiinide kättesaadavus ja loomulikult riigijuhtide poliitilised otsused. Enamik inimesi mõistab, et pandeemia ei ole ühiskonnast sõltumatu paratamatus, vaid et nakatunute, haigla-ning intensiivravi vajavate ja Covid-19 tõttu surnud inimeste arv sõltub otsustest: nii riigijuhtide otsustest kui ka riigi elanike aktiivsusest vaktsineerimisel ning piirangutest kinnipidamisest.[5]

Ühiskondlikest struktuuridest mõjutavad inimese tervist peale tervishoiusüsteemi ka sotsiaalsed ja poliitilised tegurid.[6] Empiirilised uuringud näitavad, et hea tervisega inimesi ei ole eri ühiskonnagruppides võrdselt, vaid et mõned ühiskonnagrupid on halvemate tervisenäitajatega, ja et hea tervisega inimeste jaotumise muster peegeldab ühiskonnas valitsevat võrdsust või ebavõrdsust.[7] 2005. aastal kutsuti Maailma Terviseorganisatsiooni juures ellu komisjon, mis hakkas uurima tervist mõjutavaid sotsiaalseid tegureid. 2008. aastal avaldatud lõppraportis defineeris komisjon tervist mõjutavad sotsiaalsed tegurid kui tingimused, milles inimesed sünnivad, kasvavad, elavad, töötavad ja vananevad.[8] Ka tervishoiusüsteem kuulub tervist mõjutavate sotsiaalsete tegurite hulka.[9] Et hinnata, kui edukalt suudab üks riik tagada õiguse tervisele, on vaja vaadata selle riigi tervishoiusüsteemi rahastamist, tervisepoliitika prioriteete, tervishoiusüsteemi reguleerivaid õigusakte ning järelevalvet tervishoiusüsteemi toimimise üle.[10]

Juhtiva teadusajakirja The Lancet ja Oslo Ülikooli koostöös tegutsev nn Lancet-Oslo ülemaailmse tervishoiukorraldusega tegelev komisjon defineeris 2014. aastal avaldatud raportis tervist mõjutavad poliitilised tegurid kui normid, poliitika ja käitumismustrid, mida järgitakse globaalses poliitilises suhtluses (riikidevahelistes suhetes) kõigis tervist mõjutavates sektorites.[11] Komisjoni põhisõnum oli, et sellised poliitilised tegurid põhjustavad ja taastoodavad tervisealast ebavõrdsust ning et seda ebavõrdsust riikide sees ja riikide vahel ei ole võimalik vähendada riigi tasandil ja tervishoiusektorile keskendudes, vaid et see nõuab globaalseid poliitilisi lahendusi.[12] Lancet-Oslo komisjon tõi raportis välja näiteks seitse valdkonda, milles rahvusvaheline tegevus või tegevusetus on komisjoni hinnangul osutunud tervisedenduse seisukohast läbikukkumiseks. Need valdkonnad olid 2008. aasta

majanduskriisi ületamiseks rakendatud kokkuhoiumeetmed; rahvusvahelised intellektuaalset omandit reguleerivad lepingud, nagu Maailma Kaubandusorganisatsiooni intellektuaalomandi õiguste kaubandusaspektide leping 13 , mille kohaselt peavad riigid tagama oma õiguses esmaste ravimipatentide kehtivusajaks vähemalt 20 aastat; rahvusvahelised lepingud investeeringute kaitseks; toidupuuduse vähendamine; alareguleeritud rahvusvaheline ettevõtlus arenguriikides; ränne; relvakonfliktid.14

Tervise inimõiguse diskursuses tuleb eristada juriidiliselt jõustatavat õigust tervisele ning inimõigustel põhinevat lähenemist tervisele (*human-rights-based approach to health*), millel on erialaterminoloogias iseseisev kontseptsioon. Inimõigustel põhineva tervisekäsitluse allikaks võib pidada ÜRO 2003. aasta poliitikadokumenti inimõigustepõhise arenguabi kohta ning selle kontseptsiooni aluseks on vastutuse, läbipaistvuse, osalemise, võrdsuse või mittediskrimineerimise ning õigusriikluse põhimõtted.15 Neid põhimõtteid peavad ÜRO 2003. aasta poliitikadokumendi kohaselt järgima kõik ÜRO struktuuriüksused kõigis arengukoostöö projektides.16 Põhimõtteid on edasises inimõiguste edendustöös rakendatud õigusnormide ning poliitika ja sektoriüleste strateegiate kujundamisel, läbipaistvama ja õiglasema rahajaotuse tagamisel, ÜRO programmide tõhusal seiramisel ja järelhindamisel.17

Kuivõrd inimõigustel põhinev lähenemine avaldub hulgas printsiipides, mida tuleb mitmesugustes riikidevahelistes arendustegevustes rakendada, ning see lähenemine on olemuselt sedavõrd kõikehõlmav, et selle alusel ei saa üksikisik riigilt midagi konkreetset nõuda, on vaja selle kontseptsioonist eristada kitsam ja konkreetsem õigus tervisele, mis annab inimesele ka nõudeõiguse riigi suhtes.18

Õigus tervisele tähendus muutub ja areneb aja jooksul. Sellel on kaks põhjust. Esimene põhjus on meid ümbritseva maailma muutumine: näiteks arstiteaduse areng ja ka inimeste tervist otseselt ja kaudselt ähvardavate ohtude muutumine (näiteks Covid-19 pandeemia ning kliimamuutus). Arstiteaduse arengut ilmestavad elu pikendavad vähiravimid, loote geneetilised uuringud ja vaimsete haiguste ravi, mis ei seisne enam patsientide ühiskonnaelust kõrvaldamises, vaid ravimite ja teraapiate kombinatsioonis patsientide toetamises võimalikult tavapärase elu jätkamisel ja iseseisval toimetulekul. Üks tunnustatumaid tervise inimõiguse eksperte, Harvardi Ülikooli õigusteadlane Alicia Ely Yamin on väljendanud mõtet, et terviseõiguse piirid vajavad võrreldes teiste õigustega ehk rohkemgi pidevat hindamist tehnoloogia arengu ning muutuvate majanduslike, epidemioloogiliste ja demograafiliste suundumuste tõttu.19

Teiseks muutub terviseõiguse tähendus aja jooksul seetõttu, et rahvusvaheline õigus näeb ette, et seda õigust tuleb käsitleda ajas arenevana ehk progresseeruvana. See tähendab, et riigi kohustused selle õiguse tagamisel kasvavad koos riigi suurenevate rahaliste ja muude ressurssidega.20

Tervise inimõiguse seisukohalt keskse tähtsusega rahvusvaheline leping – majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt (ICESCR)21 – sätestab, et paktis reguleeritud õigusi käsitatakse progresseeruvana. Pakti artikli 2 lõikes 1 on öeldud: „Iga käesolevast paktist osa võttev riik kohustub individuaalselt ning rahvusvahelise abi ja koostöö korras, eriti majanduse ja tehnika alal, rakendama olemasolevate ressursside piires maksimaalseid abinõusid selleks, et tagada igal vajalikul viisil, kaasa arvatud seadusandlikud abinõud, järk-järgult täielik käesolevas paktis tunnustatud õiguste teostamine.“ Seega rõhutab artikkel paktiga liitunud riigi kohustust tagada paktis tunnustatud õiguste täielik teostamine järk-järgult, rakendades olemasolevate ressursside piires maksimaalseid abinõusid. Selline tegelike ressursside arvestamist nõudev inimõiguste tõlgendamise praktika ja konkreetse pakti artikkel kohustavad riike värskendama ja laiendama juriidiliselt jõustatava terviseõiguse tähendust kooskõlas riigi majanduslike võimaluste kasvuga.

Tavaliselt tuleb õigusnorme rakendades tõlgendada neid vastavalt muutunud oludele, kuid kõnealune pakti punkt sätestab, et riigid peaksid tõlgendama pakti sätteid sellisel viisil, mis riikide kohustusi suurendab. Teiselt poolt pakub pakti sõnastus leevendust nendele riikidele, kes ei suuda majanduslikel põhjustel tagada õigust tervisele samaväärsel tasemel nagu jõukamad riigid. Sisulised terviseõiguse tõlgendused antakse rahvusvaheliste lepingute täitmise jälgimiseks loodud komisjonide koostatud selgitavates dokumentides, näiteks majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvahelise pakti üldkommentaarides (*General Comments*) ning regionaalsete ja riigisiseste kohtute lahendites.

- 1Yamin, A. E. The right to health, lk 160.
- 2 Sen, lk 2010.
- 3Yamin, A. E. Power, Suffering, and the Struggle for Dignity, lk 73.
- 4Shklar, J. N. The Faces of Injustice, New Haven: Yale University Press 1990, lk 30 (viidatud Forman, L. teose kaudu: The Evolution of the Right to Health in the Shadow of COVID-19. – Health and Human Rights Journal 2020/22 (1), lk 375.
- 5Vt ka Forman, lk 376.
- 6Yamin, A. E. The right to health, lk 161.

- 7 Ibidem.
- 8World Health Organisation Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. WHO 2008, p 1. – https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1 (23.11.2021).
- 9Sen, lk 2010.
- 10Yamin, A. E. When Misfortune becomes Injustice. Evolving Human Rights Struggles for Health and Social Equality. Stanford: Stanford University Press 2020 (viidatud Yamin. A. E. teose kaudu: The right to health, lk 161).
- 11Ottersen, O. P. et al. The Political Origins of Health Inequity: Prospects for Change. – The Lancet, 2014/383, lk 630.
- 12Ibidem.
- 13Intellektuaalomandi õiguste kaubandusaspektide leping (World Trade Organisation Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, TRIPS). See allkirjastati Maailma Kaubandusorganisatsiooni lepinguriikide poolt 15. aprillil 1994 ja jõustus 1. jaanuaril 1995.
- 14Ottersen, lk 638–653.
- 15United Nations Development Group. The Human Rights based Approach to development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies. United Nations 2003. – https://unsdg.un.org/resources/human-rights-based-approach-development-cooperation-towards-common-understanding-among-un (23.11.2021).
- 16Ibidem, lk 1.
- 17Yamin, A. E. The right to health, lk 162.
- 18Ibidem.
- 19Ibidem.
- 20Yamin, A. E. Taking the Right to Health Seriously: Implications for Health Systems, Courts, and Achieving Universal Health Coverage. Human Rights Quarterly 2017/39, lk 345.
- 21Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvaheline pakt (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR). Võetud vastu ÜRO Peaassamblee poolt 16. detsembril 1966 ja jõustunud 3. jaanuaril 1976.