DOI: 10.12737/jrl.2020.097

Концепция личной ответственности за сохранение здоровья: правовой аспект

САЛАГАЙ Олег Олегович, заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук
Россия, 127994, г. Москва, Рахмановский пер., 3
E-mail: salagayoo@rosminzdrav.ru

СОШКИНА Кристина Владимировна, заместитель директора Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России
Россия, 127994, г. Москва, Рахмановский пер., 3
E-mail: soshkinakv@rosminzdrav.ru

В медицинской науке давно доказана связь состояния здоровья человека с его образом жизни, поведенческими привычками и состоянием окружающей среды. Известно, что по причине распространенности поведенческих факторов риска развития заболеваний (потребление табака и иной никотинсодержащей продукции, алкоголя, нерациональное питание и низкая физическая активность) во всем мире ежегодно увеличивается число случаев инвалидности и смертности от ассоциированных с такими привычками заболеваний. Однако, несмотря на информированность о вреде, поведенческие факторы риска развития заболеваний в высокой степени распространены. Между тем задачей общественного здоровья является поиск наиболее эффективных инструментов, способствующих сокращению бремени «причиненных самому себе состояний», а также минимизация последствий невнимательного отношения к своему здоровью с последующим переходом к концепции «самосохранительного поведения». В настоящее время положение об ответственном отношении граждан к своему здоровью появилось в Законе Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 14 марта 2020 г. № 1-ФКЗ. В связи с этим интерес представляет поиск правовых средств и механизмов, применение которых позволит сформировать культуру ответственного отношения к своему здоровью, а также основные аспекты ценностно-ориентированного подхода в здравоохранении.

Цель статьи — исследование правового содержания обязанности гражданина заботиться о своем здоровье во взаимосвязи с корреспондирующей ответственностью государства, выработка возможных механизмов, обеспечивающих наиболее эффективное осуществление данной обязанности, а также формирование научных основ концепции личной ответственности каждого гражданина за свое здоровье. Задача статьи — анализ основных подходов к распределению ответственности за здоровье между гражданином и государством, сложившихся в юридической науке и практике.

Основные методы исследования: анализ научной литературы, формально-логический анализ норм российского законодательства, метод сравнительного правоведения.

Авторами с юридической точки зрения проанализированы основные подходы к распределению ответственности за здоровье между гражданином и государством, а также рассмотрены подходы к мотивированию граждан нести личную ответственность за свое здоровье.

Ключевые слова: укрепление общественного здоровья, ответственность за здоровье, поведенческие факторы риска, социальное государство, право на охрану здоровья граждан, регулирование на основе ценностей, ценностно-ориентированный подход в здравоохранении.

Для цитирования: Салагай О. О., Сошкина К. В. Концепция личной ответственности за сохранение здоровья: правовой аспект // Журнал российского права. 2020. № 8. С. 94—104. DOI: 10.12737/jrl.2020.097

Проблема определения понятия «здоровье» находится в фокусе внимания и врачей, и юристов на протяжении тысяч лет, однако исчерпывающего определения этого понятия ни в медицинской, ни в правовой плоскости не найдено.

Если говорить о юридическом измерении, то «здоровье» определяется как высшее нематериальное

благо и высшая ценность. В различных отраслях права данное понятие преломляется характерным образом. В праве социального обеспечения здоровье — это характеристика, определяющая потребность в социальных услугах, в трудовом праве — возможность человека выполнять трудовую функцию, в медицинском праве — характеристика, изменяющаяся в процессе предоставления медицинских услуг.

Однако понятие «здоровье» ни в медицинском, ни в юридическом измерении не ограничивается объективными характеристиками. Сегодня лечение пациента состоит не столько в проведении четкого набора манипуляций, сколько в достижении наиболее благоприятного результата, соответствующего внутреннему ожиданию больного. Особенно такого рода подход актуален при терминальном уходе (паллиативной помощи), онкологии, психиатрии и др.

В связи с этим сегодня как в теории, так и в практике клинической медицины все большее распространение приобретает так называемый ценностный подход (value-based medicine). С точки зрения организации здравоохранения и прикладных аспектов юридической науки это означает, что патерналистский подход, в рамках которого решение о требуемом объеме вмешательств в область здоровья человека принималось исключительно врачом, уступил место терапевтическому сотрудничеству врача и пациента. Это во многом связано с утратой монополии врача на информацию в связи с ее широкой доступностью.

Одновременно с клинической медициной ценностный подход может применяться также в дисциплине, которую принято называть общественным здоровьем. Общественное здоровье — это de facto одновременно наука, изучающая закономерности состояния здоровья и влияние не него факторов риска, и система межсекторального и межведомственного устройства государства, при которой укрепление здоровья осуществляется через управление поведенческими факторами риска развития заболеваний.

Деятельное понимание того, что на здоровье человека можно активно влиять, изменяя его поведение и факторы внешней среды, пришлось на середину XIX в., когда появились первые работы и первые нормативные акты по общественному здоровью.

Эдвин Чадвик, известный лондонский юрист, составил системный доклад о санитарном состоянии рабочих, легший в основу Акта об общественном здоровье, в котором впервые Правительство Великобритании взяло на себя ответственность за здоровье граждан. Выдающийся патолог Рудольф Вирхоф в 1848 г. называл социальные причины главенствующими при развитии эпидемии тифа в Верхней Силезии, давая конкретные рекомендации по межведомственным действиям, чтобы улучшить ситуацию[1]. Однако, как представляется, первым, кто наиболее четко выразил принцип системы общественного здоровья, был французский философ и врач Пьер Кабанис, написавший в 1802 г., что болезни человека практически всегда зависят от его собственных ошибок или от ошибок общества[2].

Вместе с тем нельзя оставить в стороне тот факт, что в истории нашей страны первые государственные меры в сфере общественного здоровья были предприняты значительно раньше. Так, в 1650 г. в Москве, согласно данным Российского общества историков медицины, на 130 лет раньше, чем в Париже, было запрещено выливать нечистоты на

[1] См.: *Taylor R., Rieger A.* Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia // International Journal of Health Services. 1985; 15(4):547-59.

[2] См.: *Meyer P., Triadou P.* Leçons d'histoire de la pensée médicale: sciences humaines et sociales en médecine. Paris, 1996. 397 p.

улицы города[3]. В период царствования Петра I была создана медицинская канцелярия, а также издан ряд указов по вопросам предупреждения распространения инфекционных заболеваний.

В XIX в. в России, как и в других европейских странах, активно развивалась система общественного здоровья в части борьбы с заразными болезнями. Однако большое внимание впервые начало уделяться проблемам предупреждения неинфекционных заболеваний.

В XX в. в состоянии здоровья человечества произошли принципиальные изменения, к числу которых можно отнести снижение распространенности инфекционных заболеваний как главной причины смерти в мире и рост распространенности неинфекционных заболеваний.

Сегодня более 70% смертей во всем мире связаны с возникновением и развитием неинфекционных заболеваний: онкологических, сердечно-сосудистых, диабета, хронических болезней легких и ряда других. Основными причинами развития неинфекционных заболеваний являются поведенческие факторы риска, обусловленные образом жизни человека. Исходя из основополагающего принципа наступления ответственности — принципа вины, установленного в праве, возникает вопрос о том, в какой мере человек несет ответственность за ухудшение своего здоровья.

В таких условиях первоочередной задачей системы общественного здоровья становится подбор наиболее эффективных организационных и правовых интервенций для корректировки поведения человека. Сделать это без опоры на ценности невозможно. Однако в вопросе популяционной профилактики определение здоровья человека через индивидуальные ценности уже не может считаться достаточным для объяснения необходимости пропорционального вмешательства государства в управление индивидуальным выбором человека. По этой причине необходимо постулировать, что общественное здоровье является общественной ценностью. Здоровье общества при этом следует определять как минимальный возможный уровень управляемой смертности и инвалидности. Подобное определение в целом позволяет более правильно определить вектор необходимых мер как в области медицины, так и в праве.

Учитывая, что Российская Федерация согласно Конституции является социальным государством, гарантирующим охрану здоровья каждого гражданина, интерес представляет вопрос о разграничении ответственности за здоровье человека между государством и личностью.

Согласно ст. 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ) граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья. Вместе с тем достаточно общая формулировка данного положения при его серьезной субстантивной значимости ставит под сомнение возможность практической реализации такой обязанности в реальной жизни.

Поощрение личной ответственности за свое здоровье предусмотрено в ст. 11 Европейской социальной хартии 1996 г., которая ратифицирована в Российской Федерации Федеральным законом от 3 июня 2009 г. № 101-ФЗ.

Забота и бережное отношение как конституционная обязанность встречаются в трех статьях Конституции РФ: в ст. 38 закреплена обязанность трудоспособных детей, достигших 18-летнего возраста, заботиться о нетрудоспособных родителях; в ст. 44 — обязанность каждого

[3] URL: http://www.historymed.ru/encyclopedia/categories/?element_id=17.

заботиться о сохранении исторического и культурного наследия, беречь памятники истории и культуры; в ст. 58 — обязанность каждого человека сохранять природу и окружающую среду, бережно относиться к природным богатствам.

Здоровье человека упоминается в Конституции РФ применительно к охране труда, в рамках права на благоприятную окружающую среду и возмещение ущерба, причиненного здоровью экологическим правонарушением, в контексте необходимости защиты здоровья как основания для ограничения прав и свобод человека и гражданина (ст. 55), в качестве основания для ограничения перемещения товаров и услуг (ст. 74), в качестве основания для отставки Президента РФ (ст. 92), а также в контексте гарантий права на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41).

При этом такой конституционной обязанности, как забота о собственном здоровье Конституция РФ не содержит. Вместе с тем п. 8 ст. 1 Закона РФ о поправке к Конституции Российской Федерации от 14 марта 2020 г. № 1-ФКЗ «О совершенствовании регулирования отдельных вопросов организации и функционирования публичной власти» п. «ж» ст. 72 Конституции РФ дополнен положением о том, что в совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ находится координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; социальная защита, включая социальное обеспечение.

Обязанности заботиться о своем здоровье в известной мере может быть противопоставлено конституционное право на личную неприкосновенность и вытекающие из этого права личностные права. К числу последних ряд авторов, например В. И. Крусс[4], М. А. Лаврик[5], А. И. Ковлер[6], относят так называемые соматические права, которые, по определению В. И. Крусса, основываются на фундаментальной мировоззренческой уверенности в праве человека самостоятельно распоряжаться своим телом. М. А. Лаврик выделяет следующие виды соматических прав: право на смерть, право человека в отношении его органов и тканей, сексуально-репродуктивное право, право на перемену пола.

Особо отметим, что личные неимущественные права (включая право на личную неприкосновенность) в научной литературе нередко называются в качестве оснований для свободного выбора разрушительных форм поведения, включая потребление алкоголя и табака, самокалечение и др. Однако, на наш взгляд, в таком случае корректно говорить не о соматическом праве и его реализации, а о злоупотреблении соматическим правом человека.

Напомним, что обязанность заботиться о здоровье закреплена в настоящее время в ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ. Проведенный нами анализ законодательства и правоприменительной практики показывает, что, несмотря на объективные затруднения с непосредственным применением этой нормы, она используется как в законодательстве, так и при вынесении решений судами по ряду дел. Применение данной нормы, по нашему мнению, целесообразно расширять, формируя адекватные правовые институты, позволяющие эффективно

[4] См.: *Крусс В. И.* Личностные («соматические») права человека в конституционном и философско-правовом измерении: к постановке проблемы // Государство и право. 2000. № 10. С. 43.

[5] См.: *Лаврик М. А.* К теории соматических прав человека // Сибирский юридический вестник. 2005. № 3. С. 24—25.

[6] См.: *Ковлер А. И.* Антропология права. М., 2002.

мотивировать граждан к здоровьесберегающему поведению.

В частности, суды используют данную норму как подтверждение необходимости человека заботиться о состоянии своего здоровья и, следовательно, как обстоятельство, которое исключает или уменьшает вину и может учитываться в контексте возмещения вреда.

Например, в апелляционном определении Новосибирского областного суда от 31 мая 2018 г. по делу № 33-5212/2018 в рамках апелляционного производства один из участников процесса указывал на необходимость учета положений ч. 1 ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ в обстоятельствах, когда условия работы человека с его согласия отличаются от нормальных и, таким образом, человеку с его согласия причиняется определенный вред.

Кроме того, ч. 1 ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ в апелляционном определении Челябинского областного суда от 5 мая 2015 г. по делу № 11-5054/2015 явилась основанием для отклонения требований по увеличению размера компенсации морального вреда, поскольку, как следовало из материалов дела, существовала причинно-следственная связь между ухудшением состояния здоровья гражданина и употреблением отдельных групп веществ (т. е. гражданин не исполнял указанную обязанность).

Решением Волгоградского городского суда от 6 мая 1999 г.[7] размер компенсации морального вреда в результате смерти несовершеннолетнего ребенка по иску матери к медицинским организациям был уменьшен с указанием в мотивировочной части решения на факт того, что ребенок был рожден от «нездоровой матери» (во время беременности она перенесла несколько заболеваний).

В апелляционном определении Санкт-Петербургского городского суда от 13 мая 2014 г. № 33-7219/2014 суд пришел к выводу, что управление транспортным средством при наличии симптомов расстройства здоровья (у гражданина была гипертоническая болезнь, сахарный диабет, а в день, когда он сел за руль, наблюдалось расстройство речи) и совершение дорожно-транспортного происшествия не позволяют рассматривать данное состояние здоровья как непреодолимую силу. Иными словами, суд косвенно указывает на необходимость предпринять действия, направленные на заботу о здоровье и предотвращение негативных социальных последствий, которые могут иметь своей причиной расстройство здоровья.

М. Н. Малеина отмечает, что усмотреть вину в безответственном отношении к своему здоровью можно лишь тогда, когда гражданин знал об отрицательном воздействии на свой организм определенных факторов и возможных последствий и мог принять меры по устранению этих факторов либо принятые меры были недостаточны для обычного человека. Однако в контексте неинфекционных заболеваний вряд ли можно сомневаться, что при современном уровне развития коммуникационных технологий граждане в должной мере информированы о базовых факторах риска и осознают возможные негативные последствия воздействия этих факторов на организм.

Необходимо также отметить, что в российском законодательстве принцип личной ответственности за здоровье находит отражение не только в медицинском измерении. Так, в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (ст. 8) основанием для снижения размера пособия по временной нетрудоспособности являются: нарушение застра-

[7] См.: *Малеина М. Н.* Болезнь как юридический факт — состояние, вызывающее правовые последствия // Медицинское право. 2016. № 3. С. 9—10.

хованным лицом без уважительной причины в период временной нетрудоспособности режима, предписанного врачом, неявка застрахованного лица без уважительной причины в назначенный срок на врачебный осмотр или на проведение медико-социальной экспертизы, также заболевание или травма, наступившие вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением.

Предусмотренные законом основания для снижения размера пособия также прямо не корреспондируют конкретным конституционным обязанностям, но при этом имеют опору на обязанности, предусмотренные трудовым законодательством или законодательством об охране здоровья граждан. Следовательно, круг таких оснований может быть расширен. По нашему мнению, расширения могли бы предусматривать, например, непрохождение регулярного медицинского осмотра или отсутствие адекватной реакции на его результаты (сохранение прежней массы тела без объективных причин, курение, рискованное потребление алкоголя).

При этом представляется, что объем медицинских гарантий гражданина не может быть уменьшен по причине отсутствия с его стороны заботы о здоровье, так как неисполнение данной обязанности влечет негативные социальные последствия и установление персональных изъятий в отношении объемов оказываемой медпомощи привело бы к резко негативным результатам, прежде всего ухудшению здоровья. Вместе с тем социальные выплаты в рамках законодательства о социальном страховании, вероятно, могли бы иметь определенную градацию с учетом степени заботы гражданина о своем здоровье, поскольку в настоящее время в качестве основания для снижения размеров пособия содержатся лишь наиболее радикальные случаи.

Второй стороной описываемой проблематики, как указывалось выше, является ответственность государства.

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ каждый человек имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Данное право основывается на понимании здоровья как высшего неотчуждаемого блага и закреплено в ряде международных документов, в числе которых Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. Часть 2 ст. 12 Пакта обязует страны-участницы принимать меры, необходимые для «предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними».

Положения Конституции получили развитие в Федеральном законе № 323-ФЗ, который определяет охрану здоровья как систему мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

С признанием права на охрану здоровья и медицинскую помощь государство принимает на себя обязанность по принятию возможных и достаточных мер, направленных на профилактику и лечение заболеваний. Однако должно ли государство на основании закрепления указанного права нести полную ответственность за состояние здоровья гражданина? С одной стороны,

конституционное закрепление социального государства и признание социальных прав человека обязывают государство являться главным ответственным за состояние здоровья населения. С другой стороны, в настоящее время безусловно доказано, что возникновение неинфекционных заболеваний связано с поведенческими факторами риска, ответственным за которые может быть только человек.

В таком правоотношении здоровье является предметом, сторонами — государство и гражданин, к обязанностям государства относится создание условий сохранения и улучшения здоровья и ответственность за их качество, а к обязанностям гражданина — соблюдение и следование нормативным правовым предписаниям. Соответственно, правом каждой из сторон будет являться право требовать соблюдения таких прав.

В контексте неинфекционных заболеваний, основными причинами которых являются поведенческие факторы риска, обязанность государства состоит скорее в использовании всех возможных механизмов недопущения распространения таких факторов риска. Следовательно, в правовом измерении сфера обязанности и ответственности государства в контексте поведенческих факторов риска состоит в совершении необходимых действий по получению доказанных научных медицинских данных о наличии вреда от потребления той или иной продукции, а также принятии исчерпывающих мер по ограничению потребления такой продукции (например, достаточное регулирование рынка алкогольной и табачной продукции).

Наряду с этим сохраняется вопрос о выполнении обязательства государства в случае, если на рынке сохраняется возможность выбора потребления продукции, которая ведет к развитию неинфекционных заболеваний (обычно называемой «вредная продукция»). Ярким примером здесь может послужить наличие достаточных медицинских данных о вреде потребления табачной продукции для здоровья человека, а также о ее влиянии на смертность с одновременным сохранением такой продукции на рынке и предоставлением гражданину возможности самому выбирать, потреблять или не потреблять такой продукт. Право человека на охрану здоровья в таком случае не защищено в полной мере, и, следовательно, ответственность не может в полной мере возлагаться на гражданина.

В то же время сохранение дискреции в плане правомерного потребления «вредной продукции» за гражданином в рамках такого договора должно обеспечиваться обязательным разделением правовых и финансовых рисков между государством и гражданином, т. е. фактически обязанности гражданина отвечать за принятые решения.

Примечательно, что в таком правоотношении появляется еще одна сторона — организация-производитель «вредной продукции», которая в условиях отсутствия запрета на свою деятельность является квазидобросовестной, извлекая прибыль и обременяя возникающим при этом вредом для здоровья населения государство. Необходимо также учитывать, что коммерческие интересы заставляют такие организации продвигать свою продукцию, стремясь увеличить ее потребление, что неизбежно приводит к повышению заболеваемости. По этой причине в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака 2003 г. указывается на наличие непримиримых противоречий между интересами табачной промышленности и общественного здоровья. Именно по этой причине участие табачной индустрии в обсуждении антитабачных инициатив принято исключать.

Одним из механизмов мотивирования к отказу от потребления продуктов, ассоциированных с риском развития неинфекционных заболеваний, является введение налогов на

соответствующие продукты, т. е. использование эластичности цен. Введение налогов на сладкие напитки позволило Мексике сократить продажи этой продукции на 5% в первый и на 10% во второй год после введения данной меры[8]. Напротив, снижение налогов на алкоголь в Финляндии в 2003 г. привело к росту алкоголь-ассоциированной смертности на 16% у мужчин и на 31% у женщин[9].

Зарубежными учеными были обобщены результаты 91 исследования по вопросу влияния налогов на снижение потребления нездоровых продуктов питания; они пришли к выводу, что такие налоги являются наиболее эффективными в том случае, если позволяют повысить цену более чем на 20%[10]. При этом собираемость налогов не обязательно должна возрасти, поэтому необходимо четко исходить из целей регулирования (речь идет прежде всего о случаях, когда законодательство позволяет направлять собранные средства целевым образом на финансирование расходов здравоохранения).

Исходя из такой прочной связи между образом жизни и бременем болезней, имеет смысл возлагать на самих людей ответственность за свой выбор, связанный со здоровьем. Однако такая точка зрения сталкивается с многочисленными возражениями[11]. Во-первых, возложение на людей полной ответственности за свое здоровье вступает в противоречие с обязательством медицины лечить больных и обязательством общества заботиться об уязвимых людях. Во-вторых, несправедливо возлагать на людей ответственность за свое здоровье, если они не могут сделать правильный выбор, связанный со здоровьем, из-за невежества, умственной некомпетентности, аддиктивного поведения или культурного давления. В-третьих, чрезвычайно сложно внедрить систему, которая возлагает на людей ответственность за свое здоровье, поскольку болезни и инвалидность являются результатом сложного взаимодействия генетических факторов и факторов окружающей среды[12]. Хотя люди должны играть важную роль в поддержании своего здоровья, они не должны нести полную ответственность за это. Предполагая, что ответственность за здоровье лежит либо на отдельных лицах, либо на обществе, из этого следует, что общество должно также содействовать укреплению здоровья и профилактике заболеваний[13].

Методология такого содействия может быть различной, начиная от информирования в рамках коммуникационных кампаний, заканчивая нормативным регулированием. В области общественного здоровья метод нормативно-правового регулирования общественных отношений является наиболее чувствительным,

[8] См.: Sweet success: will sugar taxes improve health? // Lancet Diabetes Endocrinol. 2017. Vol. 5. P. 235.

[9] См.: *Herttua K., Mäkelä P., Martikainen P.* Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alcohol prices: a natural experiment based on register data // American Journal of Epidemiology. 2008. Vol. 168. Iss. 10. P. 1110—1118.

[10] См.: *Wright A., Smith K. E., Hellowell M.* Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies // BMC Public Health. 2017 Jun 19;17(1):583. doi: 10.1186/s12889-017-4497-z.

[11] См.: *Cappelen A., Norheim O.* Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach // Journal of Medical Ethics. 2005. Vol. 31. No. 8. P. 476—480; *Minkler M.* Personal responsibility for health: contexts and controversies // Promoting healthy behavior: How much freedom. 2000. P. 1—22.

[12] См.: *Callahan D., Koenig B., Minkler M.* Promoting health and preventing disease: ethical demands and social challenges // International Quarterly of Community Health Education. 1998. Vol. 18. No. 2. P. 163—180.

[13] См.: *Wikler D.* Personal and social responsibility for health // Ethics & International Affairs. 2002. Vol. 16. No. 2. P. 47—55.

но при этом находит наиболее частое применение. По этой причине крайне важно обеспечивать соответствие принимаемых решений общественным ценностям, т. е. уместно говорить о регулировании, основанном на ценностях.

Очевидно при этом, что вмешательство государства в целях защиты общего блага должно быть соразмерно тем общественным ценностям, которые защищаются. Соразмерность в данном случае характеризует также баланс между публичной ответственностью за общественное здоровье и индивидуальной ответственностью за личное здоровье. Необходимая степень ограничения индивидуальных прав для защиты общественного здоровья фактически определяет гражданскую зрелость общества. В идеальной модели доля индивидуальной ответственности должна превышать 50%. При этом низкая ответственность граждан в целом обосновывает более высокую дискрецию государства с точки зрения нормативного регулирования в том случае, если государством были обеспечены все права защиты человека. Так, если государством созданы все условия для прохождения человеком профилактических осмотров, то в целом низкая приверженность заботе о своем здоровье создает обоснование для более высокой степени понуждения гражданина к правомерным действиям и защите общего блага. Характерным примером ситуации, при которой индивидуальная ответственность практически не реализуется, что требует вмешательства государства, является использование административных мер за отказ от пользования ремней безопасности в автомобиле. Можно утверждать, что рискованное поведение человека в данной парадигме может рассматриваться как злоупотребление личным неимущественным правом на здоровье, соматическими правами человека.

Итак, с учетом принципиального изменения характера заболеваемости и причин смерти, доминирования заболеваний, причиной которых является поведение самого человека, парадигма, в которой основная обязанность заботиться о здоровье гражданина лежит исключительно на государстве, предпринимающем необходимые действия по сокращению распространенности инфекционных заболеваний, развитию медицинских мощностей, смещается в сторону необходимости более глубокого, полного формирования механизмов ответственности гражданина за свое здоровье, с одной стороны, и гарантий по охране здоровья каждого гражданина в социальном государстве, с другой стороны. Это вряд ли возможно без создания соответствующих этой задаче правовых оснований в законодательстве Российской Федерации.

Основой формирования таких механизмов должно стать регулирование, основанное на ценностях: индивидуальных и общественных.

Библиографический список

Callahan D., Koenig B., Minkler M. Promoting health and preventing disease: ethical demands and social challenges // International Quarterly of Community Health Education. 1998. Vol. 18. No. 2.

Cappelen A., Norheim O. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach // Journal of Medical Ethics. 2005. Vol. 31. No. 8.

Herttua K., Mäkelä P., Martikainen P. Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alcohol prices: a natural experiment based on register data // American Journal of Epidemiology. 2008. Vol. 168. Iss. 10.

Meyer P., Triadou P. Leçons d'histoire de la pensée médicale: sciences humaines et sociales en médecine. Paris, 1996.

Minkler M. Personal responsibility for health: contexts and controversies // Promoting healthy behavior: How much freedom. 2000.

Sweet success: will sugar taxes improve health? // Lancet Diabetes Endocrinol. 2017. Vol. 5.

Taylor R., Rieger A. Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia // International Journal of Health Services. 1985; 15(4):547-59.

Wikler D. Personal and social responsibility for health // Ethics & International Affairs. 2002. Vol. 16. No. 2.

Wright A., Smith K. E., Hellowell M. Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies // BMC Public Health. 2017 Jun 19;17(1):583. doi: 10.1186/s12889-017-4497-z.

Ковлер А. И. Антропология права. М., 2002.

Крусс В. И. Личностные («соматические») права человека в конституционном и философско-правовом измерении: к постановке проблемы // Государство и право. 2000. № 10.

Лаврик М. А. К теории соматических прав человека // Сибирский юридический вестник. 2005. № 3.

Малеина М. Н. Болезнь как юридический факт — состояние, вызывающее правовые последствия // Медицинское право. 2016. № 3.

The Concept of Personal Responsibility for Health: Legal Aspect

O. O. Salagay, K. V. Soshkina
Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow 127994, Russian Federation
E-mail: salagayoo@rosminzdrav.ru; soshkinakv@rosminzdrav.ru

DOI: 10.12737/jrl.2020.097

The link between a person's health and their lifestyle, behavioral habits and the state of the environment has long been proven in medical science. It is known that due to the prevalence of behavioral risk factors for developing diseases (tobacco use, other nicotine-containing products, harmful alcohol consumption, poor nutrition and low physical activity), disability and mortality from diseases associated with such habits increase annually worldwide. However, despite awareness of the dangers, behavioral risk factors for developing diseases are highly common. Meanwhile, the task of public health is to find the most effective tools to reduce the burden of “self-inflicted conditions”, as well as to minimize the consequences of inattentive attitude to their health, followed by the transition to the concept of “self-preservation behavior”. Currently, the provision on the responsible attitude of citizens for their health appeared in the Law of the Russian Federation on the amendment to the Constitution of the Russian Federation of 14 March 2020 No. 1-FKZ “On improving the regulation of certain issues of the organization and functioning of public authorities”. In this regard, it is of interest to find legal tools and mechanisms that will help to create a culture of responsible attitude to one's health, as well as the main aspects of a value-based approach in healthcare.

The purpose of the article is to study the legal content of the duty of a citizen to take care of their health in relation to the corresponding responsibility of the state, to develop possible mechanisms that would ensure the most effective implementation of this duty, as well as to form the scientific basis of the concept of personal responsibility of each citizen for their health. The purpose of the article is to analyze the main approaches to the distribution of responsibility for health between a citizen and the state that have developed in legal science and practice.

Main research methods: analysis of scientific literature, formal and logical analysis of Russian legislation, method of comparative law.

The authors analyze the main approaches to the distribution of responsibility for health between a citizen and the state from a legal point of view, and also consider approaches to motivating citizens to take personal responsibility for their health.

Keywords: strengthening public health, responsibility for health, behavioral risk factors, the social state, the right to protect the health of citizens, regulation based on values, a value-based approach to health.

For citation: Salagay O. O., Soshkina K. V. The Concept of Personal Responsibility for Health: Legal Aspect. *Zhurnal rossijskogo prava = Journal of Russian Law*, 2020, no. 8, pp. 94—104. DOI: 10.12737/jrl.2020.097 (In Russ.)

References

Callahan D., Koenig B., Minkler M. Promoting health and preventing disease: ethical demands and social challenges. International Quarterly of Community Health Education, 1998, vol. 18, no. 2.

Cappelen A., Norheim O. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *Journal of Medical Ethics*, 2005, vol. 31, no. 8.

Herttua K., Mäkelä P., Martikainen P. Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alcohol prices: a natural experiment based on register data. *American Journal of Epidemiology*, 2008, vol. 168, iss. 10.

Kovler A. I. Antropologiya prava. Moscow, 2002.

Kruss V. I. Lichnostnye ("somaticheskie") prava cheloveka v konstitutsionnom i filosofsko-pravovom izmerenii: k postanovke problemy. *Gosudarstvo i pravo*, 2000, no. 10.

Lavrik M. A. K teorii somaticheskikh prav cheloveka. *Sibirskiy yuridicheskiy vestnik*, 2005, no. 3.

Maleina M. N. Bolezn' kak yuridicheskiy fakt — sostoyanie, vyzyvayushchee pravovye posledstviya. *Meditsinskoe pravo*, 2016, no. 3.

Meyer P., Triadou P. Leçons d'histoire de la pensée médicale: sciences humaines et sociales en médecine. Paris, 1996.

Minkler M. Personal responsibility for health: contexts and controversies. *Promoting healthy behavior: How much freedom*, 2000.

Sweet success: will sugar taxes improve health? *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2017, vol. 5.

Taylor R., Rieger A. Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia. *International Journal of Health Services*, 1985, 15(4):547-59.

Wikler D. Personal and social responsibility for health. *Ethics & International Affairs*, 2002, vol. 16, no. 2.

Wright A., Smith K.E., Hellowell M. Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies. *BMC Public Health*, 2017 Jun 19;17(1):583. DOI: 10.1186/s12889-017-4497-z.