



ВЕРХОВНЫЙ КОМИССАР
ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА



Всемирная
организация
здравоохранения

Право на здоровье



ОРГАНИЗАЦИЯ
ОБЪЕДИНЕННЫХ
НАЦИЙ

П р а в а ч е л о в е к а

Изложение фактов №

31



**Всемирная
организация
здравоохранения**

Управление Верховного комиссара
Организации Объединенных Наций
по правам человека

Право на здоровье

Изложение фактов No. 31

ПРИМЕЧАНИЕ

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящем издании не означают выражения со стороны Секретариата Организации Объединенных Наций или Всемирной организации здравоохранения какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района или их властей или относительно делимитации их границ.

*

*

*

Материалы, содержащиеся в настоящей публикации, могут быть воспроизведены без разрешения при условии включения соответствующей ссылки и направления экземпляра, в котором содержится перепечатанный материал, в Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (Palais des Nations, 8–14 avenue de la Paix, CH-1211 Geneva 10, Switzerland) и в Отдел прессы ВОЗ (World Health Organization, 20 avenue Appia, CH-1211 Geneva 27, Switzerland).

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
СОКРАЩЕНИЯ	v
ВВЕДЕНИЕ	1
I. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВОМ НА ЗДОРОВЬЕ?.....	3
A. Ключевые аспекты права на здоровье	3
B. Распространенные ошибочные представления в отношении права на здоровье	5
C. Связь между правом на здоровье и другими правами человека	7
D. Каким образом принцип недискриминации применим к праву на здоровье?	8
E. Право на здоровье в контексте международно-правовых норм в области прав человека.....	12
II. КАКИМ ОБРАЗОМ ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ГРУППЫ?.....	16
A. Женщины	17
B. Дети и подростки.....	20
C. Инвалиды	24
D. Мигранты	27
E. Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом.....	30
III. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ГОСУДАРСТВ И ОБЯЗАННОСТИ ДРУГИХ СТОРОН В ОТНОШЕНИИ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ	33

СОДЕРЖАНИЕ (продолжение)

	<i>Стр.</i>
A. Общие обязательства	34
• Постепенное осуществление	
• Принятие мер по осуществлению	
• права на здоровье	
• Основное минимальное обязательство	
B. Три типа обязательств.....	38
• Обязательство уважать	
• Обязательство защищать	
• Обязательство осуществлять	
C. Имеются ли также обязанности	
у других сторон?.....	42
• Органы и специализированные	
учреждения	
• Организации Объединенных Наций	
• Частный сектор	
IV. КОНТРОЛЬ ЗА РЕАЛИЗАЦИЕЙ ПРАВА	
НА ЗДОРОВЬЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
ПОДОТЧЕТНОСТИ ГОСУДАРСТВ.....	46
A. Подотчетность и контроль на национальном	
уровне	47
B. Подотчетность на региональном уровне	53
C. Международный контроль	54
Приложение: Выборочные международные договоры	
и другие документы, касающиеся права	
на здоровье	60

СОКРАЩЕНИЯ

СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
НУПЧ	Национальные учреждения по правам человека
УВКПЧ	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

ВВЕДЕНИЕ

Поскольку мы являемся человеческими существами, то нас на ежедневной основе заботит собственное здоровье и здоровье близких нам людей. Независимо от возраста, пола, социально-экономической и этнической принадлежности, мы относимся к здоровью как к основному и необходимому достоянию. С другой стороны, плохое здоровье может препятствовать учебе и работе, исполнению семейных обязанностей или полноценному участию в делах своей общины. Одновременно с этим мы готовы пожертвовать многим, если это сможет гарантировать нам и нашим семьям долголетие и более здоровую жизнь. Короче говоря, когда мы говорим о благополучии, то зачастую подразумеваем состояние здоровья.

Право на здоровье является основополагающим правом человека и неотъемлемой частью нашего понимания того, что считается достойной жизнью. *Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья*, придерживаясь его полного названия, не является чем-то новым. В международном контексте это право было впервые озвучено в Уставе (Конституции) 1946 года Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в преамбуле которого говорится, что «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов». В преамбуле также сказано, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения».

Во Всеобщей декларации прав человека 1948 года также упоминается о здоровье как части права на удовлетворительный уровень жизни (статья 25). Право на здоровье было также признано в качестве права человека Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах 1966 года.

С тех пор другие международные договоры по правам человека признавали или ссылались на право на здоровье или на составляющие этого права, скажем, на право на медицинское обслуживание. Право на здоровье имеет отношение ко всем

государствам: каждое государство ратифицировало по крайней мере один международный договор по правам человека, в котором признается право на здоровье. Кроме того, государства взяли на себя обязательства по защите данного права с помощью международных деклараций, внутренних законодательств и политики, а также на международных конференциях.

За последние годы возросло внимание, уделяемое праву на наивысший достижимый уровень здоровья, со стороны, например, организаций, осуществляющих надзор за соблюдением договоров по правам человека, таких как ВОЗ и Комиссия по правам человека (ныне замененная на Совет по правам человека), которые в 2002 году установили круг полномочий Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Эти инициативы способствовали внесению ясности в вопросы, касающиеся существа права на здоровье и способов его достижения.

Данная информационная брошюра призвана пролить свет на право на здоровье в контексте международно-правовых норм в отношении прав человека в их современном толковании в обстановке существующего многообразия инициатив и предложений, касающихся того, каким *может* или *должно быть* право на здоровье. Поэтому данная брошюра не ставит перед собой задачу представить исчерпывающий перечень относящихся к данной теме вопросов или определить связанные с ними конкретные нормативы.

В начале информационной брошюры дано объяснение права на здоровье и приведены примеры касательно его значения для определенных лиц и групп, и затем пояснены обязанности государств в отношении данного права. Заключает брошюру обзор национальных, местных и международных механизмов осуществления подотчетности и контроля.

I. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВОМ НА ЗДОРОВЬЕ?

A. Ключевые аспекты права на здоровье¹

- **Право на здоровье является всеохватывающим правом.** Часто право на здоровье ассоциируется с доступом к здравоохранению и со строительством больниц. Это правильное представление, но право на здоровье имеет более широкий смысл. Данное право сопряжено с самыми разными факторами, способными помочь вести более здоровую жизнь. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, несущий ответственность за осуществление надзора соблюдением Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах,² дает определение этим факторам как «основополагающим предпосылкам здоровья». Эти факторы являются следующими:
 - Безопасная питьевая вода и адекватные санитарные условия;
 - Безопасное продовольствие;
 - Нормальное питание и адекватное жилище;
 - Благоприятные для здоровья условия труда и внешняя среда;
 - Просвещение и информация в области здоровья;
 - Равенство полов.
- **Право на здоровье охватывает свободы.** Такие *свободы* предполагают право не подвергаться без свободного согласия медицинскому вмешательству, и в частности, медицинским опытам и научным экспериментам или принудительной стерилизации, а также право быть свободным от пыток и

¹ Многие эти и другие важные факторы права на здоровье пояснены в замечании общего порядка № 14 (2000) касательно права на здоровье, принятого Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам.

² Пакт был принят Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций ее резолюцией 2200А (XXI) от 16 декабря 1966 года. Он вступил в силу в 1976 году и к 1 декабря 2007 года был ратифицирован 157 государствами.

других жестоких или бесчеловечных видов обращения или наказания.

- **Право на здоровье предусматривает возможность пользоваться определенными правами.** К таким *правам* относятся:
 - Право на систему здравоохранения, предоставляющую всем равные возможности для реализации наивысшего достижимого уровня здоровья;
 - Право на профилактику, лечение и предупреждение заболеваний;
 - Доступ к лекарственным средствам первой необходимости;
 - Право на материнское, детское и репродуктивное здоровье;
 - Равный и своевременный доступ к первичной медико-санитарной помощи;
 - Доступность просвещения и информации в области здоровья;
 - Участие населения в процессе принятия решений в области здоровья на национальном и общинном уровнях.

- **Учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку без какой бы то ни было дискриминации.** Принцип недискриминации является ключевым принципом прав человека и критически важен в отношении наивысшего достижимого уровня здоровья (см. ниже в разделе о недискриминации).

- **Все учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть в наличии, доступными, приемлемыми и качественными.**
 - Государство должно иметь *в наличии* достаточное количество функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения и медицинской помощи.

- Они должны быть физически *доступными* (в безопасной физической досягаемости для всех групп населения, включая детей, подростков, пожилых людей, инвалидов и других уязвимых групп), а также быть доступными с точки зрения расходов и обеспечиваться в соответствии с принципом недискриминации. *Доступность* также подразумевает право искать, получать и распространять информацию, касающуюся вопросов здоровья в доступном формате (для всех людей, включая инвалидов), однако доступность информации не должна наносить ущерба праву на конфиденциальность личных медицинских данных.
- Учреждения, товары и услуги здравоохранения также должны соответствовать принципам медицинской этики, учитывать требования в отношении гендерной и культурной проблематики. Иными словами, они должны быть *приемлемыми* с медицинской и культурной сторон.
- И наконец, они должны отвечать надлежащим научным и медицинским стандартам и отличаться высоким *качеством*. Для этого, в частности, требуется наличие квалифицированного медицинского персонала, научно проверенных и пригодных медикаментов и медицинского оборудования, адекватных санитарных условий и безопасной питьевой воды.

В. *Распространенные ошибочные представления в отношении права на здоровье*

- **Право на здоровье не следует понимать как *право быть здоровым*.** Широко распространено ошибочное представление о том, что государство обязано гарантировать хорошее здоровье. При этом хорошее здоровье – результат наличия нескольких факторов, не поддающихся прямому контролю со стороны государства, таких как биологическая конституция человека и социально-экономические условия. Скорее, право на здоровье имеет отношение к праву пользоваться различными товарами, учреждениями, услугами и условиями, необходимыми для его реализации.

Поэтому точнее сказать, что данное право является правом на *наивысший достижимый уровень* физического и психического здоровья, а не просто абсолютным правом быть здоровым.

- **Право на здоровье НЕ является исключительно программной задачей на долгосрочную перспективу.** Тот факт, что право на здоровье является конкретной программной задачей, не означает, что на государство в этой связи не возлагаются безотлагательные обязательства. В действительности государства обязаны предпринимать все возможные усилия, учитывая имеющиеся ресурсы, для претворения в жизнь права на здоровье и делать все возможные шаги в этом направлении без промедлений. Несмотря на имеющиеся ограничения ресурсов, осуществление некоторых обязательств приводит к немедленным результатам: такие обязательства связаны с гарантией права на здоровье в условиях недопущения дискриминации, с разработкой конкретных законодательных норм и планов действий или с другими аналогичными шагами, направленными на полное осуществление данного права, как в случае с любым другим правом человека. Государства также обязаны обеспечить минимальный уровень доступа к основным материальным элементам права на здоровье, таким как обеспечение лекарственными средствами первой необходимости и предоставление медицинских услуг в области здоровья матери и ребенка. (См. главу III для более полной информации).
- **Сложная финансовая ситуация, переживаемая страной, НЕ избавляет эту страну от принятия мер по осуществлению права на здоровье.** Часто выдвигается аргумент о том, что те государства, которые по финансовым соображениям не могут себе позволить сделать шаги по осуществлению права на здоровье, могут пренебречь своими обязательствами или отложить их выполнение на неопределенный срок. При рассмотрении уровня претворения в жизнь этого права в определенном государстве учитывается доступность ресурсов в данный период времени и развитие ситуации. Тем не менее, никакое государство не

может оправдать свое бездействие в этом вопросе, сославшись на отсутствие ресурсов. Государства обязаны гарантировать право на здоровье при максимальном использовании имеющихся ресурсов, даже в случае их острой нехватки. Хотя предпринимаемые шаги могут зависеть от конкретных обстоятельств, все государства обязаны двигаться в направлении осуществления взятых на себя обязательств в отношении уважения, защиты и осуществления данного права (см. страницу 18 для более полной информации).

С. Связь между правом на здоровье и другими правами человека

Права человека взаимозависимы, неделимы и взаимосвязаны.³ Это означает, что нарушение права на здоровье зачастую может ущемить другие права человека, такие как права на образование или труд, равно как и наоборот.

Степень значимости, которая придается «основополагающим предпосылкам здоровья», то есть, тем факторам и условиям, которые защищают и обеспечивают право на здоровье, помимо услуг, товаров и учреждений здравоохранения, свидетельствует о том, что право на здоровье зависит от многих других прав человека и способствует их осуществлению. К таким правам относятся право на питание, на воду, на достаточный уровень жизни, на адекватное жилище, на свободу от дискриминации, на частную жизнь, на доступ к информации, на участие в научном прогрессе и на его плоды, а также на использование результатов применения научных достижений.

Связь между правом на здоровье и правом на воду

Плохое здоровье связано с употреблением или вступлением в контакт с небезопасной водой, отсутствием чистой воды (связанным с недостаточной гигиеной), отсутствием санитарных

³ См. Венскую декларацию и Программу действий (A/CONF.157/23), принятую Всемирной конференцией по правам человека, состоявшейся в Вене 14-25 июня 1993 года.

услуг и с плохим управлением ресурсами воды и системами водоснабжения, в том числе в сфере сельского хозяйства. Большинство диарейных заболеваний в мире вызываются небезопасной водой, плохими санитарными услугами и плохой гигиеной. В 2002 году 2,7 процента смертей в мире (1,5 миллиона человек) пришлось на долю диарейных заболеваний, вызванных этими тремя факторами.⁴

Легко проследить взаимосвязанность прав на фоне нищеты. Для людей, живущих в нищете, здоровье становится их единственным достоянием, которым они могут воспользоваться для осуществления других экономических и социальных прав, как то права на труд или права на образование. Физическое здоровье и психическое здоровье позволяют взрослым работать, а детям учиться, в то время как плохое здоровье является бременем для самих людей и для тех, кто обязан за ними ухаживать. И наоборот, осуществление прав людей на здоровье невозможно без осуществления других прав, нарушение которых приводит к бедности, и в частности, прав на труд, питание, жилище, и образование, равно как и принципа недискриминации.

D. Каким образом принцип недискриминации применим к праву на здоровье?

Дискриминация означает любое обособление, исключение или ограничение, обоснованное различными причинами, вызывающее или способствующее причинению ущерба или аннулированию признания, осуществления или применения прав человека и основополагающих свобод. Дискриминация связана с маргинализацией определенных групп населения и лежит в основе фундаментального неравенства, заложенного в структуру общества. Это в свою очередь может привести к тому, что данные группы окажутся более подверженными нищете и плохому здоровью. Неудивительно, что среди групп населения, традиционно подвергавшихся дискриминации и маргинализации,

⁴ World Health Organization, *Water, sanitation and hygiene: Quantifying the health impact at national and local levels in countries with incomplete water supply and sanitation coverage*, Environmental Burden of Disease Series, No. 15 (Geneva, 2007).

имеется наибольшее число проблем со здоровьем. Например, исследования свидетельствуют о том, что в некоторых обществах этническим меньшинствам и коренным народам предоставляется меньше услуг в области здравоохранения, они получают меньше информации, касающейся вопросов здоровья, они в меньшей степени располагают адекватным жильем и доступом к безопасной питьевой воде, а среди их детей наблюдается более высокий уровень смертности и большее число случаев неполноценного питания, чем среди населения в целом.

Проблемы, вызванные дискриминацией, усугубляются тогда, когда человек подвергается воздействию двойной или многократной дискриминации, скажем, дискриминации по признаку пола и расы, национальной принадлежности или возраста. Например, во многих регионах женщинам, принадлежащим к коренному населению, предоставляется меньше услуг в области здравоохранения и репродуктивного здоровья и связанной с этим информации, и они чаще, чем другие женщины, становятся жертвами физического и сексуального насилия.

Недискриминация и равенство являются основополагающими принципами прав человека и критически важными составляющими права на здоровье. В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (пункт 2 статьи 2) и в Конвенции о правах ребенка (пункт 1 статьи 2) приводится неполный перечень оснований для дискриминации: раса, цвет кожи, пол, язык, религия, политические или иные убеждения, национальное, этническое или социальное происхождение, имущественное положение, инвалидность, рождение ребенка или какие-либо иные обстоятельства. В соответствии с мнением Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, в понятие «иные обстоятельства» входит состояние здоровья (например, ВИЧ/СПИД) или сексуальная ориентация. На государства возложено обязательство по запрещению и ликвидации дискриминации, вызванной любыми причинами, и по обеспечению равенства для всех людей в отношении доступа к здравоохранению и к основополагающим предпосылкам здоровья. В Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации (статья 5) также подчеркивается, что государства обязаны запретить и ликвидировать расовую дискриминацию и

гарантировать всем право на здравоохранение и медицинскую помощь.

Недискриминация и равенство также подразумевают, что государства обязаны признавать и принимать меры в связи с имеющимися отличительными признаками и конкретными потребностями тех групп населения, которые склонны сталкиваться с характерными проблемами со здоровьем, такими как более высокие уровни смертности или подверженность определенным заболеваниям. Обязательство по обеспечению недискриминации требует соблюдения определенных стандартов в области здравоохранения и их применения по отношению к таким группам населения, как женщины, дети или инвалиды (см. главу II). Особенно необходимо осуществлять позитивные меры по обеспечению защиты в отношении тех групп населения или людей, которые систематически подвергались дискриминации в результате существующей практики в государствах-участниках или со стороны частного действующего лица.

Вместе с тем Комитет по экономическим, социальным и культурным правам дал ясно понять, что нет оправдания отсутствию защиты уязвимых членов общества от дискриминации по признаку состояния здоровья, будь то в законодательстве или на практике. Поэтому, даже если наступает период острой нехватки ресурсов, уязвимые члены общества должны быть защищены, например, с помощью принятия относительно недорогостоящих целевых программ.⁵

Игнорируемые болезни: многоликая проблема, связанная с правом на здоровье

Игнорируемыми болезнями принято считать те заболевания, которые вызывают серьезные последствия для здоровья или могут привести к летальному исходу и методы лечения которых неэффективны или вообще отсутствуют. К таким заболеваниям относятся лейшманиоз (кала-азар), онхоцеркоз («речная слепота»), болезнь Шагаса, гансениаз (проказа), шистосомоз (бильгарциоз), филяриатоз лимфоузлов, африканский трипаносомоз (сонная

⁵ Замечание общего порядка № 14, пункт 18.

болезнь) и лихорадка денге. Малярия и туберкулез также часто попадают в разряд игнорируемых болезней.⁶

Существуют четкие связи между игнорируемыми болезнями и правами человека:

- **Игнорируемые болезни** практически всегда встречаются исключительно среди бедных и маргинализированных групп населения в странах с низким доходом и в сельских регионах, где царит повальная нищета. Поэтому гарантия обеспечения основополагающих предпосылок здоровья является ключевым аспектом процесса снижения числа случаев заражения игнорируемыми болезнями.
- **Дискриминация** является и причиной и следствием игнорируемых болезней. Например, дискриминация изначально может помешать людям, страдающим игнорируемыми болезнями, обратиться за медицинской помощью и лечением.
- **Необходимые лекарственные средства** против игнорируемых болезней были часто недоступны или неэффективны. (Если они и были доступны, то скорее всего оказывались токсичными).
- **Вмешательство** в сложившуюся ситуацию **служб здравоохранения** и **научные исследования** в этой области в течение длительного времени были малоэффективны и не располагали достаточным финансированием (хотя ситуация за последние годы изменилась и были запущены проекты по разработке медикаментов).⁷ На государства возлагается обязательство содействовать разработке новых лекарственных средств, вакцин и методов диагностики с помощью научных исследований и международного сотрудничества.

⁶ Однако эти заболевания встречаются как в богатых странах, так и в странах с низким уровнем доходов, но в последние годы этим заболеваниям стало уделяться повышенное внимание, и появились новые методы их лечения (см., например, «Глобальное партнерство за сокращение масштабов заболеваемости малярией», <http://www.rbm.who.int>).

⁷ Mary Moran and others, *The new landscape of neglected disease drug development* (London School of Economics and Political Science and The Wellcome Trust, 2005).

Е. *Право на здоровье в контексте международно-правовых норм в области прав человека*

Право на наивысший достижимый уровень здоровья является правом человека, признаваемым международным правом. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, являющийся общепризнанным центральным механизмом по защите права на здоровье, признает «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Важно отметить, что в Пакте равное внимание уделяется как психическому, так и физическому здоровью, хотя психическое здоровье часто игнорировалось.

Статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах

1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

2. Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для:

a) обеспечения сокращения смертности и детской смертности и здорового развития ребенка;

b) улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности;

c) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними;

d) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

В последующих международных и региональных договорах право на здоровье рассматривается по-разному. В некоторых данное право фигурирует в общем выражении, а в других внимание уделяется правам человека в отношении определенных групп населения, таких как женщины и дети.

Международные договоры по правам человека, признающие право на здоровье

- Международная конвенция 1965 года о ликвидации всех форм расовой дискриминации: пункт *e*) (iv) статьи 5
- Международный пакт 1966 года об экономических, социальных и культурных правах: статья 12
- Конвенция 1979 года о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин: пункт 1 *f*) статьи 11, пункт 12 и пункт 2 *b*) статьи 14
- Конвенция 1989 года о правах ребенка: статья 24
- Международная конвенция 1990 года о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей: статья 28, пункт *e*) статьи 43 и пункт *c*) статьи 45
- Конвенция 2006 года о правах инвалидов: статья 25.

Помимо этого, комитеты независимых экспертов, которые осуществляют надзор за соблюдением Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, Международной конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенции о правах ребёнка, приняли замечания общего порядка или общие рекомендации в отношении права на здоровье и вопросов, касающихся здоровья. В данных документах содержится обстоятельное и подробное изложение положений договоров.⁸

Многочисленные конференции и декларации, такие как Международная конференция по первичной медико-санитарной

⁸ Подробности см. в публикации «Права человека: изложение фактов» № 30.

помощи (на которой была принята Алма-Атинская декларация⁹), Декларация тысячелетия, Цели в области развития Декларации тысячелетия¹⁰ и Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом¹¹ также помогли внести ясность в различные аспекты общественного здравоохранения в отношении права на здоровье и подтвердили приверженность делу реализации данного права.

Алма-Атинская декларация 1978 года

В Декларации подтверждается важнейшая роль первичной медико-санитарной помощи, которая отражает основные медико-санитарные проблемы на уровне общины и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации (статья 7). В декларации подчеркивается, что доступ к первичной медико-санитарной помощи является основным инструментом достижения такого уровня здоровья, который позволит людям вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни (статья 5), и реализации наивысшего достижимого уровня здоровья.

Право на здоровье также признается несколькими региональными договорами, такими как Африканская хартия прав человека и народов (1981 года), Дополнительный протокол к Американской конвенции о правах человека в области экономических, социальных и культурных прав, известный как Сан-Сальвадорский протокол (1988 года) и Европейская социальная хартия (1961 года, пересмотрена в 1996 году). В Американской конвенции о правах человека (1969 года) и в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (1950 года) имеются положения, касающиеся вопросов здоровья, такие как право на жизнь, запрещение пыток и другого жестокого, бесчеловечного и унижающего человеческое достоинство обращения, а также право на семью и частную жизнь.

⁹ Алма-Атинская декларация, Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, сентябрь 1978 года.

¹⁰ См. <http://www.un.org/millenniumgoals/>

¹¹ Резолюция S-26/2 Генеральной Ассамблеи от 27 июля 2001 года.

И наконец, право на здоровье или право на здравоохранение признается по крайней мере в 115 конституциях. И еще по меньшей мере в шести конституциях говорится об обязанностях, касающихся вопросов здоровья, таких как обязанность государства развивать услуги в области здравоохранения или выделять на нужды здравоохранения определенный бюджет.

Право на здоровье и обязанности, касающиеся вопросов здоровья, в выборочных национальных конституциях

Конституция Южной Африки (1996 года):

В разделе 27 главы II, касающейся здравоохранения, продовольствия, водоснабжения и социального обеспечения, содержатся следующие положения:

- «1) Каждый человека имеет право доступа к
 - a. службам охраны здоровья, включая охрану репродуктивного здоровья;
 - b. достаточному питанию и воде; [...]
- 2) Государство обязано принимать разумные законодательные и иные меры в пределах имеющихся ресурсов для достижения постепенного осуществления каждого из этих прав.
- 3) Никому не может быть отказано в оказании неотложной медицинской помощи».

Конституция Индии (1950 года):

В статье 47 части IV говорится об обязанности государства поднять уровень питания и уровень жизни народа, а также улучшить состояние здоровья нации: «Государство считает одной из своих первостепенных обязанностей поднять уровень питания и уровень жизни своего народа, а также улучшить состояние народного здоровья...».

Конституция Эквадора (1998 года):

В статье 42 главы IV, касающейся экономических, социальных и культурных прав, содержатся следующие положения: «Государство гарантирует право на здоровье, его осуществление и защиту, путем обеспечения населения безопасными продуктами питания, питьевой водой и основными санитарными услугами, путем поощрения концепций здоровой семьи, рабочей и внешней среды и предоставления возможности для постоянного и непрерывного доступа к услугам в области здравоохранения при соблюдении принципов равенства, универсальности, солидарности, качества и эффективности».

II. КАКИМ ОБРАЗОМ ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ГРУППЫ?

Некоторые лица или группы населения, такие как дети, женщины, инвалиды, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, сталкиваются с определенными проблемами в отношении права на здоровье. Эти проблемы связаны с биологическими или социально-экономическими факторами, дискриминацией или стигмой, или, чаще всего, с комплексом этих обстоятельств. Если рассматривать право на здоровье в качестве права человека, то следует сконцентрировать внимание на различных людях или группах людей, существующих в обществе, в частности, на тех, кто находится в уязвимых ситуациях. Также государствам следует предпринять действенные меры для обеспечения недопущения дискриминации в отношении определенных лиц и групп. Например, государствам следует дезинтегрировать свои законы и политику в области здравоохранения и адаптировать ее к потребностям тех, кто особо нуждается в помощи, а не просто пассивно осуществлять законы и политику, приносящие пользу в основном группам, составляющим большинство.

Для того, чтобы продемонстрировать, что означают на практике нормативы, связанные с правом на здоровье, в данном разделе рассматривается ситуация, сложившаяся в следующих группах: женщины, дети и подростки, инвалиды, мигранты и люди, живущие с ВИЧ/СПИДом.

А. Женщины

Статья 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин

1. Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, что касается планирования размера семьи.

2. Независимо от положений пункта 1 настоящей статьи, государства-участники обеспечивают женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и в послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, а также соответствующее питание в период беременности и кормления.

Пункт 2 статьи 10 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах

Особая охрана должна предоставляться матерям в течение разумного периода времени до и после родов. В течение этого периода работающим матерям должен предоставляться оплачиваемый отпуск или отпуск с достаточными пособиями по социальному обеспечению.

Женщины подвержены тем же самым санитарно-гигиеническим условиям, что и мужчины, но на женщин они воздействуют иначе. Нищета и экономическая зависимость широко распространены среди женщин, они претерпевают насилие, дискриминацию по признаку пола в системе здравоохранения в частности и в обществе в целом, они подвергаются также дискриминации по признаку расы или по иным обстоятельствам, многие женщины не могут полностью распоряжаться своей половой и репродуктивной жизнью, они лишены возможности участвовать в процессе принятия решений – все это является социальной реальностью и негативно воздействует на их здоровье. Таким образом, женщины

сталкиваются с определенными проблемами, связанными со здоровьем, и с конкретными формами дискриминации, причем некоторые группы, включая беженцев или внутренне перемещенных женщин, а также женщин, живущих в трущобах и в пригородах, женщин из числа коренного населения и живущих в сельской местности, женщин-инвалидов или женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом (см. раздел, приведённый ниже, касательно ВИЧ/СПИДа), подвергаются одновременно нескольким формам дискриминации, ограничениям и социальной изоляции в довершение к дискриминации по признаку пола.

Как в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, так и в Конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации в отношении женщин содержатся положения с требованием ликвидировать дискриминацию в отношении женщин в здравоохранении, а также гарантировать равный доступ женщинам и мужчинам к службам, предоставляющим услуги в области здравоохранения. Устранение дискриминации во всех ее формах, включая в области здравоохранения, и обеспечение равенства между мужчинами и женщинами являются основными задачами на пути к признанию права на здоровье в качестве права человека. В этой связи в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (статья 14) звучит, в частности, призыв к государствам предоставить возможность «женщинам в сельских районах ... участвовать в развитии сельских районов и в получении выгод от такого развития» и «иметь доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию, ... консультациям и обслуживанию по вопросам планирования размера семьи».

Также в соответствии с требованиями Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, государства-участники обязаны обеспечить женщинам соответствующее медицинское обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период, включая планирование размера семьи и неотложную акушерскую помощь. Здесь подразумевается возложение на государства обязательств по обеспечению безопасного материнства и снижения уровня материнской смертности и сокращение числа медицинских осложнений.

Право женщины на здоровье также тесно связано с сексуальным и репродуктивным здоровьем. Государства должны предоставлять женщинам возможность самим распоряжаться своей половой жизнью и свободно и ответственно принимать решения по этому вопросу, в том числе по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, в обстановке, свободной от принуждения, недостатка информации, дискриминации и насилия. В Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию¹² и в Пекинской платформе действий¹³ подчеркивается право мужчин и женщин на получение информации и на доступ к безопасным, эффективным, доступным с точки зрения расходов и приемлемым методам планирования размера семьи, соответствующим их выбору, и право на доступ к соответствующим медицинским службам, способным обеспечить женщинам безопасную беременность и роды и предоставить семейным парам наилучшую возможность иметь здорового младенца.

Насилие против женщин: вопрос, касающийся прав женщин и права на здоровье

Насилие, совершаемое против женщин, является распространенной причиной страданий женщин и причинения им физических или психологических травм, а также нарушает права женщин на здоровье. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин требует от государств, в частности, вводить в действие и проводить в жизнь законы и политику, обеспечивающие женщинам и девочкам защиту от насилия и плохого обращения и предоставляющие им доступ к медицинским службам в областях как физического, так и психического здоровья. Работники служб здравоохранения должны иметь специальную подготовку для того, чтобы распознавать последствия насилия против женщин и предоставлять квалифицированную помощь в этой связи, и

¹² Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года (Издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.95.XIII.18).

¹³ Пекинская декларация и Платформа действий, Доклад четвертой Всемирной конференции по положению женщин, Пекин, 4-15 сентября 1995 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.96.IV.13), резолюция 1, приложение I.

одновременно с этим необходимо запретить нанесение увечий женским половым органам.¹⁴

Государства должны проявлять должную осмотрительность, с тем чтобы предотвращать, расследовать и преследовать в судебном порядке такие акты насилия, независимо от того, совершены они представителями государственной власти или частными лицами. Жертвы любых форм насилия, совершаемого против женщин, имеют право на достаточное возмещение ущерба и реабилитацию, которые распространяются на физическое и психическое здоровье.

В. Дети и подростки

Дети сталкиваются с определенными проблемами в отношении их здоровья, связанными со стадиями их физического и психического развития, что делает их особенно подверженными истощению и инфекционным заболеваниям, а с наступлением подросткового возраста - проблемам с сексуальным, репродуктивным и психическим здоровьем.

Основные причины детской смертности чаще всего таковы: острые респираторные инфекции, диарея, корь, малярия и недоедание или сочетание перечисленных факторов. В этой связи, как в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, так и в Конвенции о правах ребенка, признается необходимость возложения ответственности на государства за снижение уровней младенческой и детской смертности и за борьбу с заболеваниями и недоеданием. Кроме того, младенец, утративший свою мать в результате осложнений в ходе беременности и родов, подвержен более высокому риску наступления смерти в раннем детском возрасте. Здоровье младенцев настолько тесно переплетается с сексуальным и репродуктивным здоровьем матерей, что в Конвенции о правах ребенка дается указание государствам обеспечивать ребенку и его/ее семье доступ к первичной медико-санитарной помощи,

¹⁴ См. общую рекомендацию № 19 (1992 года), касающуюся насилия в отношении женщин, и общую рекомендацию № 24 (1999 года), касающуюся женщин и здоровья, принятые Комитетом по ликвидации дискриминации в отношении женщин.

включая к дородовому и послеродовому медицинскому обслуживанию для матерей.

Дети также сталкиваются с возрастающим риском ВИЧ-инфицирования, что чаще всего происходит, когда вирус передается от матери к ребенку (младенец, рожденный от ВИЧ-инфицированной матери, имеет вероятность заражения во время беременности, родов и кормления грудью на уровне 25-35%). В этой связи государства должны принимать, в частности, следующие меры по предотвращению: введение медицинских протоколов об обязательном проведении анализа на ВИЧ во время беременности; проведение просветительских кампаний, направленных на женщин, по данным видам инфицирования; предоставление недорогих лекарственных средств и обеспечение медицинского обслуживания и лечения ВИЧ-инфицированным женщинам, их младенцам и семьям, включая консультативную помощь и альтернативные возможности кормления младенцев.

Государства и работники здравоохранения должны исключить дискриминацию в отношении любых детей и подростков. Это означает, что они должны уделять особое внимание потребностям и правам определенных групп, скажем, детям из общин меньшинств или коренного населения, интерсексуальным детям¹⁵ и, в целом, малолетним девочкам и девочкам-подросткам, которым по многим обстоятельствам недоступны самые разные услуги, включая медицинские. Иначе говоря, девочкам должен предоставляться равный доступ к достаточному питанию, безопасной среде и медицинским службам физического и психического здоровья. Необходимо предпринимать соответствующие меры для искоренения опасной традиционной практики, которая в основном влияет на здоровье девочек, такой как нанесение увечий женским половым органам, ранние браки, а также предоставление преимуществ мальчикам в плане питания и ухода.

¹⁵ Интерсексуальные дети рождаются с внешними и внутренними половыми органами, не являющимися исключительно мужскими или исключительно женскими.

Дети, подвергавшиеся пренебрежению, эксплуатации, жестокому обращению, пыткам или любым другим видам жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, также нуждаются в определенной защите государства. В Конвенции о правах ребенка (статья 39) подчеркивается обязанность государства принимать все необходимые меры для того, чтобы содействовать физическому и психологическому восстановлению и социальной реинтеграции ребенка.

Хотя подростки входят в достаточно здоровую группу населения, они подвержены рискованному поведению, сексуальному насилию и сексуальной эксплуатации. Девочки-подростки также сталкиваются с проблемами ранних и/или нежелательных беременностей. Таким образом, право подростков на здоровье зависит от наличия системы здравоохранения, уважающей право на конфиденциальность и частную жизнь и имеющей соответствующие службы психического, сексуального и репродуктивного здоровья и информации. Подростки также особенно подвержены заболеваниям, передающимся половым путем, включая ВИЧ/СПИД. Во многих регионах мира высокая концентрация новых заражений ВИЧ наблюдается среди молодых людей (от 15 до 24 лет).¹⁶ Требуются эффективные профилактические программы по сексуальному здоровью, обеспечивающие равный доступ к информации, касающейся вопросов ВИЧ, и профилактические меры, такие как добровольная консультативная помощь, медицинские анализы и доступные противозачаточные средства и процедуры.

Статья 24 Конвенции о правах ребёнка

1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

¹⁶ Совместная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и *Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2006 года*, Всемирная организация здравоохранения, стр. 9.

2. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности, принимают необходимые меры для:

a) снижения уровней смертности младенцев и детской смертности;

b) обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи;

c) борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем, среди прочего, применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды;

d) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды;

e) обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности, родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждении несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний;

f) развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи.

3. Государства-участники принимают любые эффективные и необходимые меры с целью упразднения традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье детей.

4. Государства-участники обязуются поощрять международное сотрудничество и развивать его с целью постепенного достижения полного осуществления права, признаваемого в настоящей статье.

В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

С. *Инвалиды*

Хотя в мире существует более 650 миллионов инвалидов, имеющих те или иные ограничения в их возможностях (две трети из них живут в развивающихся странах), большинство из них в течение длительного времени игнорировались и маргинализировались государством и обществом. Только в последнее время инвалидам удалось коренным образом изменить отношение к себе. Инвалидов перестали воспринимать как «объект» благотворительности и медицинского вмешательства и начали относиться к ним как к «субъекту» прав человека, включая, среди прочего, право на здоровье.

Право на здоровье инвалидов не может быть реализовано само по себе. Оно тесно связано с недискриминацией и с другими принципами автономии личности, с участием и приобщением к социальной жизни, с доступностью, а также с равенством возможностей и с уважением развивающихся способностей детей.¹⁷

Люди с ограниченными возможностями сталкиваются с различными проблемами, касающимися реализации их права на здоровье. Например, люди, имеющие ограниченные физические возможности, часто испытывают сложности с достижением служб здравоохранения, особенно в сельских районах, в трущобах и в пригородных районах; люди, имеющие ограниченные психические и социальные возможности, не всегда имеют доступ к недорогому лечению государственной системы здравоохранения; женщинам-инвалидам не всегда предоставляются медицинские услуги, учитывающие гендерную специфику. Медицинские работники иногда относятся к инвалидам как к объектам лечения, а не как к людям, обладающим определенными правами, и не всегда спрашивают их свободного и информированного согласия в

¹⁷ Эти и другие принципы отражены в статье 3 Конвенции о правах инвалидов, принятой в соответствии с резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций от 13 декабря 2006 года.

отношении лечения. Такая ситуация не только унижает человеческое достоинство, но и является нарушением прав человека в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов, а также служит доказательством неэтичного поведения со стороны медицинских работников.

Также инвалиды в большей степени подвержены насилию и плохому обращению. Они являются жертвами физического, сексуального, психологического и эмоционального насилия, пренебрежения и финансовой эксплуатации, а женщины-инвалиды зачастую подвергаются принудительной стерилизации и становятся жертвами сексуального насилия. Насилие по отношению к инвалидам зачастую происходит в обстановке обращённой против них системной дискриминации, которая возникает тогда, когда имеется дисбаланс возможностей. Теперь общепризнано, что инвалиды оказываются подвержены риску не столько из-за своих ограниченных возможностей, сколько из-за социальных условий и тех барьеров, с которыми им приходится сталкиваться, такими как негативные стереотипы, зависимость от заботы других людей, гендерная специфика, нищета или финансовая зависимость.

В качестве примера можно рассмотреть то пренебрежение, с которым приходится сталкиваться людям с ограниченными психическими, социальными или интеллектуальными возможностями. Во многих случаях им оказывается лечение без их свободного и информированного согласия, что является явным и серьезным нарушением права на здоровье. Кроме того, их часто помещают в специальные учреждения только на основании их инвалидности, что может иметь серьезные последствия для реализации их права на здоровье и для реализации других прав.

С другой стороны, эти ограничения в возможностях часто никогда не диагностируются, не лечатся и не учитываются, и их важность зачастую игнорируется. Отсутствуют адекватная политика, программы, законы и ресурсы: например, в 2001 году в большинстве стран со средними и низкими доходами населения менее одного процента от затрат на здравоохранение приходилось

на обеспечение психического здоровья.¹⁸ В результате этого медицинская помощь в области психического здоровья, включая лекарственные препараты первой необходимости, такие как психотропные средства, оказалась не достигаемой и не доступной для многих. Доступ ко всем услугам здравоохранения для людей с ограниченными психическими, социальными или интеллектуальными возможностями осложняется предрассудками и дискриминацией по отношению к ним, что идет вразрез с обязанностью государства по обеспечению равного доступа к здравоохранению.

Недавно принятая Конвенция о правах инвалидов требует, чтобы государства поощряли, защищали и обеспечивали полное и равное осуществление всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также поощряли уважение присущего им достоинства (статья 1). В статье 25 также признается их «право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности» и указываются меры, которые следует принять государству для обеспечения этого права.

Данные меры включают в себя обеспечение инвалидам возможности пользоваться благами и иметь доступ к услугам в сфере здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине их инвалидности, включая раннюю диагностику и профилактику, услуги, призванные свести к минимуму и предотвратить дальнейшее возникновение инвалидности, включая ортопедические и реабилитационные услуги, позволяющие им становиться независимыми, предотвращающие дальнейшее возникновение инвалидности и поддерживающие их социальную интеграцию.¹⁹ Точно так же государства должны организовывать службы и учреждения в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей, в том числе в сельских

¹⁸ *Атлас психического здоровья: 2005 год*, Всемирная организация здравоохранения (Женева, 2005 год).

¹⁹ См. замечание общего порядка № 5 (1994 год) в отношении инвалидов, высказанное Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам, и пункт b) статьи 25, а также статьи 5 и 26 Конвенции о правах инвалидов.

районах. Кроме того, согласно принципу недискриминации требуется обеспечивать инвалидам «тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам», и государства должны «не допускать дискриминационного отказа в здравоохранении или услугах в этой области либо получении пищи или жидкостей по причине инвалидности» (см. общие положения статей 25 и 26 Конвенции).

Важно, чтобы государства требовали от специалистов здравоохранения предоставления инвалидам услуг того же качества, что и другим лицам, в том числе на основании свободного и информированного согласия. В этой связи государства должны обучать специалистов здравоохранения и принять этические стандарты для государственного и частного здравоохранения. В Конвенции о правах ребенка (статья 23) признаются права детей-инвалидов на особую заботу и на эффективный доступ к здравоохранению и к услугам по реабилитации.

D. Мигранты

Миграция стала важным политическим, социальным и экономическим явлением, имеющим значительные последствия в отношении прав человека. По оценкам Международной организации по миграции, на сегодняшний день в мире насчитывается почти 200 миллионов международных мигрантов. Согласно данным Международной организации труда, 90 миллионов из них являются трудящимися-мигрантами. Хотя миграция влияет на реализацию права на здоровье как в стране происхождения, так и в стране пребывания, в данной публикации внимание уделяется странам пребывания. Осуществление мигрантами права на здоровье зачастую ограничивается уже самим по себе фактом того, что они являются мигрантами, а также другими факторами, такими как дискриминация, языковые и культурные барьеры или правовой статус. Хотя все мигранты сталкиваются с определенным набором проблем, связанным с их особым статусом и ситуацией (при этом мигранты, не имеющие документов или находящиеся в стране в нарушение

установленного порядка, или мигранты, содержащиеся под стражей, особенно подвержены риску),²⁰ многие мигранты столкнутся с аналогичными препятствиями в процессе реализации своих прав человека, включая право на здоровье.

Государства открыто заявляли через международные организации по правам человека и национальные законодательства, что они не могут или не хотят обеспечивать мигрантов тем же уровнем защиты, что и собственных граждан. В этой связи в большинстве стран обязанности государства по обеспечению неграждан здравоохранением сводятся исключительно к «первичной медико-санитарной помощи» или «неотложной медицинской помощи». Поскольку данные понятия не означают одно и то же в разных странах, то их трактовка зачастую возлагается на отдельных сотрудников служб здравоохранения. Поэтому практика и законы могут носить дискриминационный характер.

Основные сложности, с которыми сталкиваются мигранты, особенно мигранты, не имеющие документов, в отношении их права на здоровье:²¹

Обычно мигранты не обеспечиваются в достаточной степени услугами государственной системы здравоохранения и зачастую не могут себе позволить медицинское страхование. Мигранты, вовлеченные в сферу сексуальных услуг, и мигранты, не имеющие необходимых документов для легального пребывания в стране, особенно ограничены в плане доступа к услугам здравоохранения и социальным службам;

²⁰ Лица, получившие статус беженцев или внутренне перемещенных лиц, не относятся к категории мигрантов. См. «Особые группы и отдельные лица: трудящиеся-мигранты» (E/CN.4/2005/85).

²¹ См. *Международная миграция, здоровье и права человека*, серия публикаций «Здоровье и права человека», № 4, (декабрь 2003 год), Всемирная организация здравоохранения, можно ознакомиться на сайте <http://www.who.int> и *Право мигрантов на здоровье*, коллекция ЮНЭЙДС «Наилучшая практика» (Женева, 2001 год), Совместная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и Международная организация по миграции.

- Мигранты сталкиваются со сложностями, связанными с доступом к информации, касающейся вопросов здоровья и имеющихся услуг. Зачастую государство не предоставляет должным образом эту информацию;
- Мигранты, не имеющие документов, не решаются обращаться за медицинской помощью, опасаясь, что медицинские работники могут выдать их иммиграционным властям;
- Женщины, работающие в качестве домашней прислуги, особенно подвержены риску сексуального надругательства и насилия;
- Условия труда трудящихся-мигрантов часто небезопасны и вредны для здоровья;
- Трудящиеся-мигранты, в силу своего уязвимого положения, могут быть склонны к рискованному сексуальному поведению, поскольку они находятся далеко от своих семей, и они не допускаются к основным программам по профилактике и лечению заболеваний, передающихся половым путем, и ВИЧ/СПИДа. Таким образом, обстоятельства их существования способствуют быстрому распространению заболеваний;
- Условия пребывания нелегальных мигрантов в местах содержания под стражей также могут способствовать распространению заболеваний;
- Жертвы торговли людьми подвергаются физическому насилию и жестокому обращению и сталкиваются с существенными препятствиями, связанными с их правом на репродуктивное здоровье (болезни, передающиеся половым путем, в том числе инфицирование ВИЧ/СПИДом, нежелательные беременности, небезопасные аборты).

В Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (статья 28) говорится, что трудящиеся-мигранты и члены их семей имеют право на получение любой медицинской помощи, которая является крайне необходимой для сохранения их жизни или избежания непоправимого ущерба их здоровью. Такая медицинская помощь должна предоставляться независимо от каких-либо нарушений ими режима пребывания или трудоустройства. В Конвенции также

обеспечивается защита трудящихся-мигрантов на рабочих местах и говорится, что трудящиеся-мигранты пользуются не менее благоприятным обращением, чем то, которое применяется к гражданам государства, обеспечивающего работой по найму, в вопросах условий труда, включая безопасность и охрану здоровья (статья 25).

Комитет по ликвидации расовой дискриминации в своей общей рекомендации № 30 (2004 года) в отношении неграждан и Комитет по экономическим, социальным и культурным правам в своем замечании общего порядка № 14 (2000 года) в отношении права на наивысший достижимый уровень здоровья подтвердили необходимость государствам-участникам уважать право неграждан на достаточный уровень физического и психического здоровья и, ко всему прочему, воздерживаться от отказа или ограничения их доступа к профилактическим, лечебным и паллиативным услугам служб здравоохранения. Специальный докладчик ООН по вопросу о праве на здоровье также подчеркнул, что больным людям, добывающимся предоставления им убежища, или лицам, не имеющим документов, являющимися самыми уязвимыми группами населения, не должно быть отказано в их праве человека на медицинскую помощь.

И наконец, право мигрантов на здоровье находится в тесной взаимосвязи с условиями их жизни и труда и их правовым статусом и зависит от них. Для того, чтобы всесторонне ответить на вопросы, касающиеся проблем, имеющих у мигрантов в отношении здравоохранения, государствам следует предпринять усилия по реализации, среди прочего, их права на адекватное жилище, безопасные и не наносящие ущерба здоровью условия труда, достаточный уровень жизни, продукты питания, информацию, свободу и безопасность личности, гарантии отправления правосудия и свободу от рабства и принудительного труда.

Е. Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом

За последние 25 лет более 25 миллионов человек скончались от СПИДа, поэтому СПИД считается одной из самых губительных пандемий последнего времени. В настоящее время приблизительно

33 миллиона человек живут с ВИЧ/СПИДом. С момента своего появления в качестве первоочередной проблемы в области здоровья эта эпидемия имела серьезное и во многих местах разрушительное воздействие на права человека и развитие.

Общепризнанно, что ВИЧ/СПИД поднял много вопросов, касающихся прав человека. С другой стороны, защита и поощрение прав человека необходимы для предотвращения передачи ВИЧ и снижения влияния СПИДа на жизни людей. ВИЧ/СПИД затрагивает многие права человека, такие как право на свободу от дискриминации, право на жизнь, равенство перед законом, право на частную жизнь и право на наивысший достижимый уровень здоровья.

Взаимосвязь пандемии ВИЧ/СПИДа и бедности, негативные стереотипы и дискриминации, в том числе по признаку пола и сексуальной ориентации, признаются повсеместно. Инфицирование ВИЧ/СПИДом и его распространение намного масштабнее среди определенных групп населения, включая женщин,²² детей и людей, живущих в бедности, коренного населения, мигрантов, мужчин, вступающих в половую связь с мужчинами, мужчин и женщин, вовлеченных в сферу сексуальных услуг, беженцев и внутренне перемещенных лиц, а также в определенных районах, в частности, в Африке южнее Сахары. Та дискриминация, с которой им приходится сталкиваться, делает их (более) подверженными инфицированию ВИЧ. В то же время право на здоровье людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, подрывается дискриминацией и предрассудками. Например, страх перед разглашением факта инфицирования ВИЧ/СПИДом может мешать лицам, страдающим от дискриминации, таким как работники сферы сексуальных услуг или потребители инъекционных наркотиков, добровольно обращаться за консультативной помощью, проходить обследование или лечение.

²² В настоящее время женщины в большей степени подвержены риску заражения, чем мужчины. См. *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа* (Женева, 2006 год), Совместная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу.

Предотвращение дальнейшего распространения и обуздание глобальных эпидемий во многом зависит от решения проблем, связанных с дискриминацией и негативными стереотипами. Важно, чтобы государства запретили дискриминацию по признаку состояния здоровья, включая действительный или предполагаемый факт заражения ВИЧ/СПИДом, и обеспечили защиту от дискриминации людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Государственное законодательство, политика и программы должны предусматривать позитивные меры по устранению таких факторов, мешающих равному доступу этих уязвимых групп населения к профилактике, лечению и уходу, как, например, фактор экономического статуса.

Универсальный доступ к уходу и лечению также является важным компонентом права на здоровье для тех, кто живет с ВИЧ/СПИДом. Также важно обеспечить доступность лекарственных средств и укрепить профилактику ВИЧ, скажем, путем предоставления презервативов, информации, касающейся вопросов ВИЧ, и образования и путем предотвращения передачи вируса от матери ребенку. В *Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека* содержится дополнительное руководство по обеспечению прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.²³

Женщины и ВИЧ/СПИД

Во многих районах мира гендерное неравенство и несоблюдение прав женщин и девочек являются серьезными факторами пандемии ВИЧ/СПИДа. Например, подчиненность женщин мужчинам в частной и общественной жизни может мешать женщинам и девочкам добиваться осуществления практики безопасного секса.

²³ См. *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека: объединенный вариант 2006 года* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.06.XIV.4), Совместная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и Управления Верховного комиссара ООН по правам человека, резолюция 60/1 Генеральной Ассамблеи от 16 сентября 2005 года относительно Итогового документа Всемирного саммита 2005 года и резолюция 60/224 Генеральной Ассамблеи от 23 декабря 2006 года.

Женщины, в особенности молодые женщины, несоизмеримо чаще подвергаются риску заражения. Кроме того, женщины, как правило, имеют меньший доступ к доступным способам лечения и соответствующей информации. Также на женщин возлагается несоразмерно большее бремя по уходу за больными.

Государства должны вводить в действие законы и политику, направленные на устранение гендерного неравенства и социальных норм, способствующих распространению ВИЧ/СПИДа. Они также должны предоставить равный доступ к информации, касающейся вопросов ВИЧ, образованию, профилактическим средствам и медицинским услугам. Они должны, что особенно важно, обеспечить реализацию женщинами права на сексуальное и репродуктивное здоровье, что является ключевым моментом в профилактике ВИЧ. В этой связи предотвращение передачи ВИЧ среди беременных женщин, матерей и их детей является критически важным фактором. (см. также выделенный ниже комментарий по Кампании действий в поддержку лечения). Государства также должны обеспечить женщинам защиту от сексуального насилия, которое делает женщин более уязвимыми для инфицирования ВИЧ и заражения другими инфекциями, передающимися половым путем.

III. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ГОСУДАРСТВ И ОБЯЗАННОСТИ ДРУГИХ СТОРОН В ОТНОШЕНИИ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ

Основополагающая обязанность государств – защищать и поощрять права человека. Обязательства в отношении прав человека определены и гарантированы международным прецедентным правом²⁴ и международными договорами по правам человека, которые налагают обязательные для выполнения обязательства на государства, ратифицировавшие данные договоры, в отношении осуществления этих прав.

²⁴ Прецедентным правом является узаконенная общая практика государств, которая исполняется на основании правовых обязанностей.

А. Общие обязательства

Статья 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах

1. Каждое участвующее в настоящем Пакте государство обязуется в индивидуальном порядке и в порядке международной помощи и сотрудничества, в частности, в экономической и технической областях, принять в максимальных пределах имеющихся ресурсов меры к тому, чтобы обеспечить постепенно полное осуществление признаваемых в настоящем Пакте прав всеми надлежащими способами, включая, в частности, принятие законодательных мер.

2. Участвующие в настоящем Пакте государства обязуются гарантировать, что права, провозглашенные в настоящем Пакте, будут осуществляться без какой бы то ни было дискриминации, как то в отношении расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства.

Постепенное осуществление

Государства-участники обязаны по ратификации договоров о правах человека осуществлять данные права в своих юрисдикциях. Иначе говоря, в пункте 1 статьи 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах подчеркивается обязанность государства добиваться постепенного полного осуществления прав, провозглашенных в Пакте. Это является косвенным признанием того обстоятельства, что у государств имеются ограничения в отношении ресурсов и что обычно требуется время для осуществления положений договора. В результате, некоторые компоненты прав, защищенных в соответствии с Пактом, включая право на здоровье, претворяются в жизнь с учетом их постепенного осуществления.

Не все аспекты прав, признаваемых Пактом, могут быть осуществлены немедленно, но, как минимум, государства должны

продемонстрировать, что они предпринимают все возможные усилия, с учетом имеющихся ресурсов, для улучшения защиты и поощрения всех прав, признаваемых Пактом. Имеющиеся ресурсы относятся к тем, которые имеются в распоряжении государства, а также к тем, которые доступны государству в порядке международной помощи и сотрудничества, как указано в пункте 1 статьи 2.

О роли международной помощи и сотрудничества также говорится и в других основных инструментах, скажем, в Уставе Организации Объединённых Наций, Всеобщей декларации прав человека и Конвенции о правах ребенка.²⁵ Это не является заменой для внутренних обязательств, но данный фактор учитывается в особенности тогда, когда государство самостоятельно не в состоянии осуществлять экономические, социальные и культурные права и когда требуется помощь других государств. Принцип международного сотрудничества особенно касается тех государств, которые находятся в состоянии оказывать помощь другим в этом отношении. Таким образом, государства должны иметь действующую программу международной помощи и сотрудничества и оказывать содействие в экономических и технических областях с тем, чтобы позволить другим государствам выполнить свои обязательства в отношении права на здоровье.²⁶

Хотя концепция постепенного осуществления применима по отношению ко всем правам, провозглашенным в Пакте, некоторые обязательства должны *выполняться немедленно*, в частности, обязательство по гарантии того, что все права осуществляются на основании недискриминации и обязательство по *принятию мер* по реализации прав, включая права на здоровье, причем мер определённых, продуманных и целенаправленных. В этой связи ретрогрессивные меры не допускаются, за исключением тех

²⁵ Пункт 3 статьи 1, а также статьи 55 и 56 Устава Организации Объединённых Наций; статьи 22 и 28 Всеобщей декларации прав человека; статьи 4 и 24 Конвенции о правах ребенка.

²⁶ Замечание общего порядка № 3 (1990 года) в отношении обязательств государств-участников, принятое Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам, и пункты 38-42 замечание общего порядка № 14, принятого тем же комитетом.

случаев, когда государство может продемонстрировать, что оно предприняло все возможные усилия по использованию всех имеющихся в распоряжении ресурсов для выполнения своих обязательств.

Принятие мер по осуществлению права на здоровье

Осуществление права на здоровье требует принятия самых разнообразных мер. Самая действенная мера по осуществлению права на здоровье не будет одинаковой для всех государств, и в международных договорах нет однозначных предписаний на этот счет. В пункте 1 статьи 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах просто сказано, что полное осуществление признаваемых настоящим Пактом прав должно достигаться «всеми надлежащими способами, включая, в частности, принятие законодательных мер».

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам подчеркнул, что государства должны, как минимум, принять национальную стратегию на основании принципов прав человека, определяющих цели данной стратегии, для обеспечения всем осуществления права на здоровье. Установка показателей и ориентиров является решающим моментом в разработке и осуществлении такой стратегии. Действительно, поскольку право на здоровье реализуется с учетом постепенного осуществления, то и требования к государству будут меняться с течением времени. Таким образом, государству необходим механизм для контроля и измерения таких переменных составляющих права на здоровье. Показатели, особенно разделенные на составные части, предоставляют полезную информацию относительно того, как право на здоровье осуществляется в определенной стране. УВКПЧ занимается разработкой концептуального и методического формата для таких показателей.

Предложенный формат для показателей²⁷

Когда речь идёт о том или ином праве человека, установленные показатели помогают оценить те меры, которые предпринимает государство для выполнения своих обязательств: от принятия международных нормативов в области прав человека (показатели *структуры*) до осуществления усилий государством по соблюдению обязательств, вытекающих из этих нормативов (показатели *процесса*), и результаты этих усилий для населения (показатели *результата*). Показателями, относящимися к праву наивысшего достижимого уровня здоровья, являются, например, число ратифицированных государством международных договоров по правам человека, касающихся права на здоровье (индикатор *структуры*), число родов в процентном отношении, принятых квалифицированными медицинскими работниками (показатель *процесса*) и коэффициент смертности рожениц (показатель *результата*). Также критически важно разделять показатели по определённой группе населения и по возможному признаку дискриминации.

Основное минимальное обязательство

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам также подчеркивал, что государства обязаны соблюдать основное минимальное обязательство по обеспечению достижения минимальных адекватных уровней каждого права, признанного Пактом. Хотя эти адекватные уровни в определенной степени зависят от ресурсов, государство должно уделять им первостепенное внимание в процессе принятия мер по осуществлению прав, признанных Пактом. В отношении права на здоровье Комитет определил, что государства обязаны предоставить следующее:

²⁷ См. документ “Report on indicators for monitoring compliance with international human rights instruments” (HRI/VC/2006/7), доступный на сайте <http://www.ohchr.org>. В 2007-2008 годах данный формат проходит процесс утверждения на консультативных заседаниях экспертов и рабочих групп.

- Право доступа к учреждениям здравоохранения, товарам и услугам *на основании принципа недискриминации*, особенно для уязвимых или маргинализированных групп;
- Доступ к *минимальному набору продуктов питания первой необходимости*, содержащему достаточно питательных веществ и безопасному для здоровья;
- Доступ к *убежищу, жилищу и санитарным услугам* и к достаточному количеству безопасной питьевой воды;
- Обеспечение *лекарствами первой необходимости*;
- *Справедливое распределение* всех учреждений, товаров и услуг здравоохранения.

В. Три типа обязательств

Обязательства государства делятся на три категории, а именно *уважать, защищать и осуществлять*.

Обязательство уважать

Обязательство уважать требует от государства воздерживаться от прямого или косвенного вмешательства в право на здоровье.

Например, государства должны воздерживаться от запрещения и ограничения доступа к услугам здравоохранения; от распространения небезопасных лекарственных препаратов; от закрепления дискриминационной практики в отношении потребностей и состояния здоровья женщин; от ограничения доступа к противозачаточным и другим средствам по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья; от утаивания, цензурирования или искажения информации, касающейся вопросов здоровья; и от нарушения права на частную жизнь (т.е. права людей, живущих с ВИЧ/СПИДом).

Кроме того, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам в своем замечании общего порядка № 14 пояснил, что государства-участники должны уважать пользование правом на здоровье в других странах.

Обязательство защищать

Обязательство защищать требует от государств предотвращать вмешательство третьих сторон в право на здоровье.

Государства должны обеспечивать принятие законодательных норм или других мер для обеспечения соблюдения частными лицами нормативов прав человека в ходе предоставления услуг в области здравоохранения и в других сферах (например, в сфере регулирования состава продуктов питания); контролировать сбыт медицинского оборудования и лекарственных средств частными лицами; предотвращать угрозу со стороны приватизации таким основным элементам права на здоровье, как наличие, доступность, приемлемость и качество учреждений, товаров и услуг здравоохранения; защищать людей от действий третьих сторон, ущемляющих их право на здоровье - например, предотвращать традиционную практику, причиняющую вред женщинам, или принуждение к данной практике со стороны третьих лиц (в частности, путем принятия законов, которые однозначно запрещают наносить увечья женским половым органам); обеспечивать отсутствие ограничений со стороны третьих лиц в плане доступа к информации и услугам в области здравоохранения, включая благоприятную для здоровья внешнюю среду; обеспечивать уход со стороны квалифицированного медперсонала за инвалидами при условии свободного и просвещенного согласия с их стороны.

В своем замечании общего порядка № 14 Комитет по экономическим, социальным и культурным правам также сделал упор на то обстоятельство, что государства-участники должны предотвращать практику нарушений третьими сторонами права на здоровье в других странах. Комитет также отметил, что во время обсуждения международных и многосторонних соглашений государства-участники должны предпринять шаги по предотвращению негативных последствий таких договоров для права на здоровье.

Охрана права на здоровье: патенты и доступ к лекарственным средствам

Состоявшаяся в 2001 году в Дохе конференция Всемирной организации труда (ВТО) на уровне министров приняла исторически значимую Декларацию о Соглашении по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТАПИС) и общественному здравоохранению.²⁸ Дохинская декларация подтверждает, что Соглашение ТАПИС не должно препятствовать государствам-участникам принимать меры по охране общественного здоровья. В 2003 было принято сопутствующее решение в порядке разъяснения пункта 6 Дохинской декларации: данное решение функционирует в качестве исключения, позволяющего, при определенных обстоятельствах, странам, производящим фармацевтические препараты-генерики в соответствии с обязательными лицензиями, экспортировать препараты странам-импортерам, которые не могут сами производить эти лекарства.²⁹ Государства могут воспользоваться этими положениями для обеспечения населения своих стран доступными и недорогими лекарственными средствами.

Обязательство осуществлять

Обязательство осуществлять требует от государств принятия соответствующих правовых, административных, бюджетных, поощрительных и других мер для полной реализации права на здоровье.

Государствам надлежит, например, принять национальную политику в области здравоохранения или национальный план по здравоохранению, которые распространялись бы на общественный

²⁸ См. <http://www.wto.org>

²⁹ Обязательное лицензирование является процессом, в соответствии с которым государство выдает разрешение другому лицу производить патентованный продукт или воспроизводить патентованный процесс без получения согласия владельца патента. Такое лицензирование разрешается во время чрезвычайного положения, в иных чрезвычайных обстоятельствах или для нужд государства. Например, пандемия ВИЧ/СПИДа может оправдывать выдачу обязательных лицензий.

и частный сектор; обеспечить предоставление услуг в области здравоохранения, включая программы по вакцинации против инфекционных заболеваний и услуги, направленные на снижение вероятности и предотвращение дальнейшего возникновения инвалидности; обеспечить равный доступ к таким основополагающим предпосылкам здоровья, как безопасное и питательное продовольствие, услуги по обеспечению санитарии и чистая вода; обеспечить наличие в инфраструктуре общественного здравоохранения служб по сексуальному и репродуктивному здоровью, а также надлежащую подготовку и численность врачей и другого медицинского персонала; и предоставить информацию и консультативную помощь по вопросам, касающимся здоровья, таким как ВИЧ/СПИД, насилие в семье, злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими вредными веществами.

Эффективные и интегрированные системы здравоохранения, включающие в себя медицинскую помощь и основополагающие предпосылки здоровья, также являются ключевыми условиями осуществления права на наивысший достижимый уровень здоровья (см. выделенный текст).

Национальные системы здравоохранения

Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья³⁰ подчеркнул, что с точки зрения обеспечения права на здоровье национальная система здравоохранения должна иметь несколько составных частей: она должна включать в себя адекватную систему сбора медико-санитарной информации для осуществления контроля за реализацией права на здоровье; данные должны быть представлены в разбивке по различным признакам, таким как пол, возраст и проживание в городской/сельской местности; система здравоохранения должна задействовать национальный потенциал для подготовки достаточного количества квалифицированных медицинских работников, которым обеспечиваются благоприятные условия труда; процедуру предварительной оценки последствий

³⁰ A/HRC/4/28, пункты 90-92. См. главу IV, приведенную ниже, для более полной информации по Специальному докладчику.

принятия масштабных политических решений в области здравоохранения для осуществления права на здоровье; механизм, обеспечивающий участие всех слоёв населения в разработке политики в области здравоохранения; эффективные, транспарентные и доступные механизмы отчетности.

Кроме того, в Алма-Атинской декларации внимание уделяется центральной функции первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения страны (статья VI). В ней, в частности, подчеркивается, что все правительства должны разрабатывать национальную политику, стратегии и планы действий для организации развития первичной медико-санитарной помощи как части всеобъемлющей национальной системы здравоохранения (статья VIII).

С. Имеются ли также обязанности у других сторон?

Обязательство государства по защите прав человека включает в себя недопущение нарушений прав человека негосударственными лицами. Что касается здоровья, то государства должны, например, принимать законодательные нормы и другие меры по обеспечению равного доступа к услугам в области здравоохранения, предоставляемым третьими лицами. Кроме того, усиливается дискуссия относительно параметров обязанностей других действующих лиц в обществе - физических лиц, межгосударственных и неправительственных организаций (НПО), специалистов в области здравоохранения и деловых структур – по содействию процессу укрепления и защиты прав человека.

В данном разделе говорится о роли учреждений системы Организации Объединенных Наций и частного сектора. Это не означает, что у других действующих лиц может не быть определенных обязанностей: например, Специальный докладчик подчеркнул незаменимую роль специалистов в области здравоохранения в деле утверждения и защиты права на здоровье.³¹

³¹ E/CN.4/2003/58, глава IV, раздел F.

Органы и специализированные учреждения Организации Объединенных Наций

Устав Организации Объединенных Наций гласит, что одна из целей Организации Объединенных Наций состоит в поощрении и развитии уважения к правам человека, и, согласно международным договорам по правам человека, особая роль в деле их реализации отводится органам и специализированным учреждениям Организации Объединенных Наций. В частности, Всемирный банк, Международный валютный фонд и специализированные учреждения Организации Объединенных Наций, такие как Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), призваны осуществлять эффективное сотрудничество с государствами-членами для реализации всех прав на национальном уровне.

За последние годы реформы Организации Объединенных Наций, предпринятые Генеральным секретарем (в 1997, 2002 и 2005 годах), а также замечания Комитета по экономическим, социальным и культурным правам привлекли внимание к роли и обязанностям учреждений Организации Объединенных Наций и международных финансовых учреждений в отношении прав человека. Комитет отметил, например, что принятие правозащитного подхода специализированными учреждениями, программами и органами Организации Объединенных Наций в значительной степени облегчит претворение в жизнь права на здоровье.³² В 2003 году было достигнуто Общее понимание в системе Организации Объединенных Наций, подтверждающее, что все программы по развитию и помощи должны содействовать осуществлению прав человека и руководствоваться принципами и нормами прав человека.³³

Учреждения Организации Объединенных Наций, в особенности ЮНИСЕФ, Совместная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), Фонд Организации

³² Замечание общего порядка № 14.

³³ *Часто задаваемые вопросы о правозащитном подходе к сотрудничеству в целях развития* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.06.XIV.10), приложение II.

Объединенных Наций по народонаселению (ЮНФПА) и ВОЗ, активизировали свою работу в области здоровья и прав человека.

ВОЗ

Уставом (Конституцией) ВОЗ подтверждено, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав человека (преамбула). Тем самым на ВОЗ возлагается обязанность действовать в качестве руководящего органа в глобальной работе по здравоохранению, формировать повестку дня для исследований в области здравоохранения, вырабатывать нормы и стандарты, формулировать различные политические подходы, основанные на доказательствах, оказывать техническое содействие странам, а также контролировать и оценивать тенденции в области здравоохранения (статья 2). Это наделяет ВОЗ широкими полномочиями по установлению стандартов в отношении здравоохранения, как это было сделано в 1981 году в случае с Международным кодексом маркетинга заменителей материнского молока,³⁴ и по принятию договоров и конвенций, имеющих обязательную силу, как в случае с Рамочной конвенцией по борьбе против табака.³⁵

Кроме того, в утвержденной ВОЗ *Одиннадцатой Общей программе работы на 2006-2015 годы: глобальная повестка дня в области здравоохранения* выделены несколько приоритетных направлений, включая содействие всеобщему охвату услугами, гендерному равенству и правам человека, касающимся вопросов здоровья. В рамках ВОЗ Группа по вопросам охраны здоровья и прав человека, входящая в состав Департамента по вопросам этики, торговли, прав человека и законодательства в области здравоохранения, работает над укреплением потенциала ВОЗ и государств-участников в деле укоренения правозащитного подхода к вопросам здравоохранения и над утверждением права на здоровье в качестве составной части процессов международного права и

³⁴ *Международный кодекс маркетинга заменителей материнского молока* (Женева, 1981 год), Всемирная организация здравоохранения.

³⁵ Данный договор является первым договором, рассмотренным под эгидой ВОЗ. Данный договор является доказательным, подтверждающим право каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья.

международного развития, а также над привлечением внимания к правам человека, касающимся вопросов здоровья.³⁶

Частный сектор

Деловые круги оказывают влияние на право на здоровье в нескольких направлениях. Корпорации, занимающиеся маркетингом фармацевтических препаратов или медицинского оборудования, могут оказывать позитивное воздействие на осуществление права на здоровье, но также могут осложнить доступ к здравоохранению и сделать его более дорогим, например, путем поддержания высоких цен на лекарственные средства, скажем на те, которые применяются при лечении ВИЧ/СПИДа. Добывающие и производящие отрасли промышленности также могут косвенно ущемлять право на здоровье путем загрязнения воды, воздуха и почвы. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам постановил, что государства должны препятствовать загрязнению или заражению среды частными корпорациями и оценивать их воздействие на окружающую среду.³⁷

Считается, что деловые структуры имеют определенные обязанности в отношении прав человека, хотя конкретная природа и степень этих обязанностей не имеют точного определения. Тем не менее за любое нарушение прав человека в конечном счете ответственны государства.³⁸

В последнее время деловым структурам уделяется повышенное внимание. В рамках некоторых инициатив были предприняты попытки определить конкретные стандарты в области прав

³⁶ См. «здоровье и права человека» на сайте <http://www.who.int/hhr/en/>

³⁷ «Доклад Специального представителя Генерального секретаря по вопросу о правах человека и транснациональных корпорациях и других предприятиях. Добавление: Обязанности государств регламентировать и регулировать в судебном порядке деятельность корпораций в соответствии с основными договорами Организации Объединенных Наций по правам человека: общий обзор комментариев договорных органов» (A/HRC/4/35/Add.1).

³⁸ Там же.

человека, применимые по отношению к таким структурам. Комиссия по правам человека обсудила роль частного сектора в связи с доступом к медикаментам в контексте пандемий, таких как ВИЧ/СПИД, в то время как её Подкомиссия по поощрению и защите прав человека утвердила «Нормы, касающиеся обязанностей транснациональных корпораций и других предприятий в области прав человека».³⁹ В 2005 году Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций назначил Специального представителя, ответственного за стандартизацию корпоративной ответственности и отчетности в отношении прав человека. Работа в этом направлении продолжается.⁴⁰

Также были запущены различные добровольные инициативы. Например, в Глобальном договоре Организации Объединенных Наций (<http://www.unglobalcompact.org>) были даны определения 10 принципам в области прав человека, трудовых отношений, охраны окружающей среды и борьбы с коррупцией, которые необходимо соблюдать компаниям, подписавшим данный договор. Некоторые компании разработали собственную политику, программы и инструменты в области прав человека с тем, чтобы применять правозащитный подход в своей операционной деятельности, особенно в той, которая касается права на здоровье.

IV. КОНТРОЛЬ ЗА РЕАЛИЗАЦИЕЙ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОДОТЧЕТНОСТИ ГОСУДАРСТВ

Механизмы подотчетности критически важны для обеспечения выполнения государствами их обязательств, касающихся права на здоровье. В этой связи возникает вопрос: как и кем осуществляется контроль за выполнением государствами-участниками их правовых обязательств? Деятельность по обеспечению контроля и подотчетности осуществляется на национальном, региональном и международном уровнях, и в этом процессе задействованы различные участники, такие как само государство, НПО, национальные учреждения, занимающиеся вопросами прав человека, или международные договорные органы.

³⁹ E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2.

⁴⁰ См. также A/HRC/4/35.

А. Подотчетность и контроль на национальном уровне

Подотчётность обязывает государство объяснять, чем оно занимается, почему и в каком направлении оно движется, причем самым оперативным и эффективным образом, по пути осуществления права каждого на здоровье.⁴¹ В своде международно-правовых норм по правам человека не дается точных предписаний для внутренних механизмов подотчетности и компенсации, поэтому реализация права человека на здоровье и контроль за этой реализацией могут обеспечиваться с помощью различных механизмов. Как минимум, механизмы подотчетности должны быть доступными, транспарентными и эффективными.

На государства возлагается первостепенная обязанность обеспечивать уважение, защиту и содействие осуществлению прав человека тех людей, которые живут на их территории. Поэтому особенно важно стремиться к претворению в жизнь права на здоровье на внутреннем уровне. Там, где имеются и функционируют внутренние механизмы, доступ к ним осуществляется быстрее и проще, чем к региональным или международным механизмам (см. ниже).

Механизмы на административном и политическом уровнях управления и политические механизмы

Механизмы на административном и политическом уровнях управления являются вспомогательными или параллельными средствами по отношению к судебным механизмам подотчетности. Например, разработка национальной политики или стратегии в области здравоохранения, связанной с рабочими планами и долевыми бюджетами, играет важную роль в обеспечении подотчетности правительства. Индикаторы правозащитной деятельности содействуют эффективному контролю за ключевыми результатами в области здравоохранения и за некоторыми процессами по их достижению.

⁴¹ А/HRC/4/28, пункты 46 и 87.

Обзоры политики, бюджетов или государственных расходов, равно как и механизмы государственного контроля (например, назначение медико-санитарных инспекторов и инспекторов по контролю за соблюдением трудового законодательства для проведения инспекций по соблюдению правил техники безопасности и охраны труда на коммерческих предприятиях и в системе общественного здравоохранения), являются важными административными механизмами по обеспечению подотчетности правительства в отношении выполнения им своих обязательств по реализации права на здоровье. В некоторых службах здравоохранения были созданы внутренние или независимые системы, принимающие жалобы или предложения от населения и предлагающие помощь. Кроме того, различные виды экспертизы, такие как проведение экспертных оценок воздействия, предоставляют возможность для разработчиков политики предвидеть возможные последствия того или иного рассматриваемого политического решения и в дальнейшем подвергать анализу реальное влияние таких решений на осуществление права на здоровье.

Политические механизмы, такие как демократические процессы, а также контроль и поддержка со стороны НПО также содействуют обеспечению подотчетности. Организации гражданского общества все чаще используют методы контроля, основанные на индикаторах, контрольных показателях, оценках воздействия и бюджетном анализе, для обеспечения подотчетности государства в отношении права на здоровье.

Судебные механизмы

К разряду жизненно важных средств обеспечения реализации прав на внутреннем уровне относятся механизмы судебной защиты в отношении случаев, которые могут рассматриваться в судебном порядке в соответствии с национальной правовой системой. Такие механизмы должны обеспечивать средства правовой защиты физическим лицам в случае нарушения их права на здоровье.

Включение во внутренние законодательства положений международных договоров, признающих право на здоровье, может

существенно расширить диапазон и повысить эффективность средств судебной защиты. Это позволяет судам выносить решения по делам, связанным с нарушением права на здоровье, напрямую ссылаясь на положения Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

Внутренние суды, включая высшие суды, все чаще рассматривают дела, связанные с правом на здоровье. Например, суды в Аргентине обязали государство обеспечить беспереывное снабжение антиретровирусными медикаментами людей, живущих с ВИЧ/СПИДом,⁴² обеспечить производство вакцины против эндемического заболевания⁴³ и обеспечить бесперебойное снабжение пациентов бесплатным препаратом для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата.⁴⁴ Суды также принимали к рассмотрению дела, связанные с отказами в предоставлении медицинского страхования и прекращением действия медицинского страхования со стороны, в первую очередь, частных страховых компаний.⁴⁵ При рассмотрении некоторых дел суд ссылался на ратификацию Аргентиной Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и других договоров для подтверждения конституционного статуса права на здоровье.

Кампания действий в поддержку лечения в Южной Африке демонстрирует, как одна из НПО эффективно использовала социальную мобилизацию, правозащитную деятельность и подачу

⁴² См., например, *Asociación Benghalensis y otros v. Ministerio de Salud y Acción Social*, Верховный суд, дело 323:1339, 1 июня 2000 год.

⁴³ См., например, *Viceconte, Mariela v. Estado nacional - Ministerio de Salud y Acción Social s/amparo ley 16.986*, Федеральный административный суд, палата IV, 2 июня 1998 год.

⁴⁴ См., например, *Campodónico de Beviacqua, Ana Carina v. Ministerio de Salud y Acción Social – Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas*, Верховный суд, 24 октября 2000 год.

⁴⁵ См., например, *Etcheverry, Roberto E. v. Omint Sociedad Anónima y Servicios*, Верховный суд, краткое письменное изложение дела генеральным прокурором от 17 декабря 1999 года, судебное решение от 13 марта 2001 года.

коллективных исков для обеспечения доступа к лечению от ВИЧ/СПИДа.

Кампания действий в поддержку лечения в Южной Африке: обеспечение справедливого доступа к лечению для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом

Обеспечение лекарственными средствами там, где это больше всего необходимо, и адекватное использование ресурсов служат двумя конкретными примерами того, как государство может выполнить свои обязательства в отношении права на здоровье и продемонстрировать подотчётность.

*Министр здравоохранения против Кампании действий в поддержку лечения:*⁴⁶ Правительство Южной Африки предпочло не вводить в действие национальную программу по снижению риска передачи ВИЧ от матери к ребенку. Вместо этого оно выбрало по два научно-исследовательских пункта в каждой провинции и наделило их исключительными полномочиями по распространению лекарственного препарата невирапина, что привело к ограничению доступа к этому препарату, несмотря на то, что его эффективность давно была продемонстрирована. Это означало, что ВИЧ-инфицированные матери, которым было недоступно частное медицинское обслуживание и для которых научно-исследовательские пункты находились вне досягаемости, не могли получить невирапин. В августе 2001 года Кампания действий в поддержку лечения, представляющая собой сеть организаций и физических лиц, выступающих за справедливый доступ и недорогое лечение против ВИЧ/СПИДа, подала иск в Высший суд Претории против правительства, требуя от государства выдавать лекарственные препараты беременным женщинам во всех государственных больницах на том основании, что политика правительства была неконституционной и не

⁴⁶ См. *Minister of Health v. Treatment Action Campaign* (2002) 5 SA 721 (CC) (South Africa); а также Mark Heywood, “Current developments: Preventing mother-to-child HIV transmission in South Africa: Background, strategies and outcomes of the Treatment Action Campaign’s case against the Minister of Health”, *South African Journal of Human Rights*, vol. 19, part 2 (2003).

соответствовала обязательствам в отношении прав человека. В Конституции Южной Африки признается право каждого человека на доступ к услугам общественного здравоохранения и право детей на особую защиту.

Решения: В декабре 2001 года Высший суд решил дело в пользу Кампании действий в поддержку лечения и постановил, что ограничения правительства были необоснованными. Рассмотрев данное дело в порядке обжалования, Конституционный суд в июле 2002 года оставил в силе решение Высшего суда Претории и постановил, что политика правительства «не отвечала требуемым конституционным обязательствам по обеспечению людям доступа к услугам здравоохранения в порядке, который являлся бы разумным и учитывал насущные социальные потребности». Суд подтвердил, что политика была дискриминационной по отношению к бедноте, не имеющей средств для оплаты услуг.

Правительству было предписано снять все ограничения, связанные с доступностью невинирапина в государственных больницах и клиниках, не являющихся научно-исследовательскими пунктами, и разработать и осуществить в пределах имеющихся ресурсов всеобъемлющую скоординированную программу для постепенной реализации прав беременных женщин и их новорожденных детей на доступ к медико-санитарному обслуживанию в целях предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Национальные учреждения по правам человека

Национальные учреждения по правам человека (НУПЧ) являются важными внутренними механизмами по поощрению и защите прав человека. Сфера их полномочий в этой связи включает в себя консультирование правительства и вынесение рекомендаций по изменению политики или законов, рассмотрение жалоб, проведение расследований, обеспечение ратификации и претворения в жизнь международных договоров по правам человека, а также поддержку учебных программ и информирование

общественности.⁴⁷ НУПЧ зачастую выполняют квази-судебные функции и имеют специальные полномочия, позволяющие им участвовать в разработке законодательства. Большинство учреждений могут быть квалифицированы как комиссии или омбудсмены. В некоторых странах имеются специальные омбудсмены по вопросам здравоохранения.

Хотя большинство НУПЧ традиционно работают в сфере гражданских и политических прав, они все больше внимания уделяют экономическим, социальным и культурным правам. Они могут предоставить ещё один путь для защиты права на здоровье.

Выборочные национальные комиссии по правам человека и право на здоровье

Полномочия Национальной комиссии по правам человека Индии (<http://nhrc.nic.in>) заключаются в том, что она защищает и поощряет права, гарантированные Конституцией Индии и международными договорами. Комиссия предпринимает весьма активные шаги в отношении права на здоровье. Она, например, выступила за совершенствование медицинских учреждений в стране и за направление медицинского персонала на работу среди сельского населения. Комиссия также внесла в правительство несколько рекомендаций, связанных с обеспечением политики, поощряющей право на здоровье. Например, она рекомендовала создать медпункты в деревнях; задействовать необходимый механизм для того, чтобы лекарственные препараты первой необходимости были доступны в центрах первичной медико-санитарной помощи; организовать партнерство между общественными и частными структурами для максимизации пользы от медицинских учреждений; предлагать на регулярной основе программы Министерства здравоохранения по иммунизации населения, с тем чтобы на раннем этапе сдерживать распространение детских заболеваний. В отчете, опубликованном в феврале 2007 года, Комиссия также осудила факт отсутствия безопасной питьевой воды во многих районах страны.

⁴⁷ См. Принципы, связанные со статусом национальных организаций (“Парижские принципы”), резолюция 48/134 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года.

Комиссия также работала в направлении запрещения ручной сортировки мусора, имеющей негативные последствия для здоровья. Комиссия рекомендовала, чтобы правительство занялось реабилитацией и реинтеграцией высвобождающихся ручных сортировщиков мусора, чтобы банки выдавали им ссуды по льготной процентной ставке и чтобы их детям была предоставлена возможность посещать школы.

Парламентский омбудсмен в Финляндии (<http://www.oikeusasiamies.fi>) все чаще занимается рассмотрением жалоб, связанных с правом на здоровье, особенно в том что касается прав пациентов и права на медицинское обслуживание (гарантированное Конституцией). В 2005 году Омбудсмен рассмотрел несколько жалоб, связанных с недоступностью адекватных медицинских услуг, с доступом к качественному лечению и с обращением с пациентами. Омбудсмен вступал в консультации с Национальным медико-юридическим советом при принятии решений по этим делам.

Национальная комиссия по правам человека в Мексике (www.cndh.org.mx) все чаще рассматривает жалобы в связи с реализацией права на здоровье, касающиеся, в частности, отказа в предоставлении или неадекватного предоставления услуг по линии государственного медобслуживания или касающиеся медицинской халатности. В 2004 году Комиссия издала рекомендацию общего порядка, предназначенную соответствующим национальным и районным министрам, в отношении прав человека применительно для лиц с ограниченными психическими и социальными возможностями, содержащимися в лечебных центрах закрытого типа. Рекомендация была основана на расследовании и посещениях подобных центров, проводившихся повсеместно по стране с тем, чтобы выяснить, соблюдаются ли нормы прав человека в этих центрах.

В. *Подотчетность на региональном уровне*

Как было упомянуто выше, региональные конвенции и договоры, касающиеся прав человека, в частности Сан-Сальвадорский протокол, признают право на здоровье и другие смежные права.

Их органы и суды, такие как Африканская хартия прав человека и народов, Межамериканская комиссия по правам человека, Межамериканский суд по правам человека и Европейский комитет по социальным правам, играют важную роль в защите права на здоровье.

Межамериканская комиссия по правам человека успешно предоставляет своевременную помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.⁴⁸ В 2001 году Комиссия рассмотрела жалобу, поданную 27 человеками, страдающими ВИЧ/СПИДом, в которой утверждалось, что Сальвадор не выполняет своих обязательств в отношении права на жизнь, здоровье и других прав, не предоставляя тройную терапию. Комиссия рекомендовала государству в качестве промежуточной меры обеспечить этих людей тройной терапией и любой необходимой стационарной, фармацевтической и диетологической помощью. Верховный суд Сальвадора под воздействием критики Комиссии постановил, чтобы государство предоставило тройную терапию истцам. Позднее в том же году был принят закон о профилактике заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека и надзора за ним, который учел все выявленные Комиссией обстоятельства.

С. Международный контроль

Договорные органы Организации Объединенных Наций

Претворение в жизнь ключевых договоров по правам человека контролируется комитетами в составе независимых экспертов, названными *договорными органами*,⁴⁹ такими как Комитет по экономическим, социальным и культурным правам или Комитет по правам ребенка.

⁴⁸ *Jorge Odir Miranda Cortez et al. v. El Salvador*, доклад N° 29/11, дело 12.249, решение по приемлемости, 7 марта 2001 год, Межамериканская комиссия по правам человека.

⁴⁹ Более подробная информация о договорных органах, осуществляющих контроль, содержится в брошюрах "Права человека: изложение фактов" 10/Rev.1, 12, 15/Rev.1, 16/Rev.1, 22, 24/Rev.1 и 30.

Контроль за соблюдением государствами-участниками договорных положений в основном осуществляется путем рассмотрения их периодических докладов, в которых указывается каким образом они осуществляют права человека в национальном масштабе. Комитеты рассматривают эти доклады вместе с другой соответствующей информацией, предоставляемой учреждениями Организации Объединенных Наций и организациями гражданского общества (эти доклады называются теневыми или параллельными). Рассмотрение доклада государства-участника происходит в формате конструктивного диалога с представителями государства-участника.

Затем комитеты издают *заключительные замечания*, в которых подробно изложены позитивные аспекты, проблемы, вызывающие озабоченность, и рекомендации в отношении дальнейших действий. Осуществление права на здоровье в основном рассматривается Комитетом по ликвидации расовой дискриминации, Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам, Комитетом по ликвидации дискриминации в отношении женщин и Комитетом по правам ребенка. Комитет против пыток уделяет внимание вопросам доступа к медико-санитарному обслуживанию людей, содержащихся под стражей, включая тех, которые находятся в психиатрических лечебницах, и вопросам реабилитации для жертв пыток и сексуального насилия.

Кроме того, Комитет по правам человека, Комитет против пыток, Комитет по ликвидации расовой дискриминации, Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Комитет по трудящимся-мигрантам, Комитет по правам инвалидов и Комитет по насильственным исчезновениям имеют *индивидуальные механизмы в отношении жалоб*.⁵⁰ Люди, считающие себя жертвами нарушений прав человека, могут подать жалобу в соответствующий договорный орган, который затем передаст свое постановление и рекомендации соответствующему государству-участнику (в случае исчерпания внутренних средств защиты).

⁵⁰ Комитет по правам инвалидов и Комитет по насильственным исчезновениям будут учреждены, как только вступят в силу соответствующие конвенции. См. также брошюру "Права человека: изложение фактов" 7/Rev.1.

Комитет по правам ребенка и Комитет по экономическим, социальным и культурным правам не обладают собственными механизмами в отношении жалоб. В 2007 году международное сообщество приступило к обсуждению проекта факультативного протокола к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах. Принятие такого протокола откроет физическим лицам еще один путь для подачи жалоб в отношении права на здоровье. Будут допускаться жалобы касательно *всех* аспектов права на здоровье, а не только тех, которые касаются - как это происходит в настоящее время в рамках существующих договорных механизмов - определенных групп лиц, таких как трудящиеся-мигранты, женщины или инвалиды.⁵¹

Специальный докладчик Организации Объединенных Наций по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья

«Специальные процедуры» - это общее название механизмов, установленных и санкционированных Комиссией по правам человека, а начиная с марта 2006 года - Советом по правам человека, для рассмотрения вызывающих озабоченность вопросов в разных частях мира. Хотя полномочия, определяемые для механизмов специальных процедур, могут различаться, они, как правило, применяются для контроля, изучения и публичного отчета применительно к ситуациям в отношении прав человека в определенной стране или к крупномасштабным глобальным событиям, связанным с правами человека.⁵²

Своей резолюцией 2002/31 Комиссия по правам человека определила мандат Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. В 2002 году первым Специальным докладчиком был назначен Пол Хант.

⁵¹ Со вступлением в силу Факультативного протокола к Конвенции о правах инвалидов.

⁵² Подробности см. в брошюре «Права человека: изложение фактов» № 27.

Мандат Специального докладчика по праву на здоровье

- Собирать, запрашивать и получать из всех соответствующих источников информацию, касающуюся права на здоровье, и обмениваться такой информацией;
- Поддерживать диалог и обсуждать возможное сотрудничество со всеми соответствующим участниками, в том числе с правительствами, органами, специализированными учреждениями и программами Организации Объединенных Наций, в частности, с ВОЗ и ЮНЭЙДС, а также с НПО и международными финансовыми учреждениями;
- Докладывать о статусе права на здоровье в мире, в том числе о законах, политических мерах, практике позитивных действий и препятствиях;
- Вносить рекомендации по надлежащим мерам, направленным на поощрение и защиту права на здоровье.

В целях выполнения своего мандата Специальный докладчик решил сосредоточить свои усилия на трех крупных целях:

- поощрении и содействии поощрению другими права на здоровье как одного из основных прав человека;
- разъяснении понятия права на здоровье;
- выявлении практики позитивных действий по претворению в жизнь права на здоровье в общинах, как в национальном, так и в международном масштабе.

Методы работы Специального докладчика включают в себя проведение страновых миссий; проведение расследований в проблемных областях; рассмотрение сообщений, поступающих от частных лиц или групп людей, с утверждениями о якобы имевших место нарушениях права на здоровье и осуществление вмешательства по мере необходимости и во взаимодействии с соответствующими правительствами в связи с предполагаемыми

нарушениями; а также представление ежегодных докладов Генеральной Ассамблее и Совету по правам человека.⁵³

До настоящего времени в годовых докладах Специального докладчика основное внимание уделялось: разъяснению истоков и понятия права на здоровье, а также дискриминации и негативных стереотипов в отношении данного права⁵⁴; праву на сексуальное и репродуктивное здоровье, исследованию взаимосвязи между бедностью и правом на здоровье, в том числе посредством рассмотрения стратегий по сокращению бедности, игнорируемым болезням и праву на здоровье совместно с предотвращением насилия⁵⁵; инвалидности вследствие психического заболевания и праву на здоровье⁵⁶; доступной для всех системе здравоохранения и показателям в области права на здоровье⁵⁷; движению в поддержку здоровья и прав человека.⁵⁸

Специальный докладчик также может получать *жалобы от частных лиц или НПО*, которые, в случае признания их приемлемыми и серьезными, он имеет право направить на рассмотрение правительств. Некоторые предполагаемые нарушения права на здоровье касаются отсутствия доступа к учреждениям, товарам и услугам здравоохранения, или принудительного кормления лиц, содержащихся под стражей, либо заключенных; преследования специалистов здравоохранения на основании их профессиональной деятельности; дискриминации в отношении определенных лиц или групп по признаку их статуса здоровья, включая ВИЧ/СПИД; медицинского лечения без получения согласия и принудительной стерилизации; жестокого обращения с пациентами, страдающими психическими заболеваниями; неадекватных условий содержания в психиатрических лечебницах, и, в частности, отсутствия

⁵³ Ранее Комиссии по правам человека. Там же.

⁵⁴ E/CN.4/2003/58.

⁵⁵ E/CN.4/2004/49.

⁵⁶ E/CN.4/2005/51.

⁵⁷ E/CN.4/2006/48.

⁵⁸ A/HRC/4/28.

надлежащего питания и санитарии; отказа в предоставлении медицинских услуг трудящимся-мигрантам.⁵⁹

Частные лица или группы лиц, желающие предоставить информацию Специальному докладчику или поставить его в известность о нарушениях права на здоровье, могут связаться с ним в УВКПЧ по адресу: United Nations Special Rapporteur on the right to health, OHCHR-UNOG, 8–14 avenue de la Paix, CH–1211 Geneva 10, Switzerland, или по электронной почте: urgent-action@ohchr.org.⁶⁰

Помимо этого, право на здоровье является частью ряда других мандатов, например, специальных докладчиков по праву на образование, питание, адекватное жилище и по вопросу насилия в отношении женщин, а также рассматривается независимыми экспертами по правам человека и крайней бедности, по политике структурной перестройки и внешней задолженности и по вопросу об отрицательных последствиях незаконных перевозок и захоронения токсичных и опасных продуктов и отходов для осуществления прав человека.

⁵⁹ E/CN.4/2005/51/Add.1.

⁶⁰ См. <http://www.ohchr.org>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Выборочные международные договоры и другие документы, касающиеся права на здоровье (в хронологической последовательности)

Международные договоры

Устав Организации Объединенных Наций (1945 год)

Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (1946 год)

Европейская социальная хартия (1961 год)

Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1965 год)

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 год)

Международный пакт об гражданских и политических правах (1966 год) с двумя факультативными протоколами (1966 год и 1989 год)

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979 год) с его факультативным протоколом (1999 год)

Африканская хартия прав человека и народов (1981 год)

Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (1984 год) с факультативным протоколом (2002 год)

Дополнительный протокол к Американской конвенции о правах человека в области экономических, социальных и культурных прав (Сан-Сальвадорский протокол) (1988 год)

Конвенция о правах ребенка (1989 год) с двумя факультативными протоколами (2000 год)

Конвенция № 169 МОТ о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни в независимых странах (1989 год)

Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (1990 год)

Конвенция о правах инвалидов (2006 год) с факультативным протоколом (2006 год)

Международные декларации, нормы и другие стандарты

Всеобщая декларация прав человека (1948 год)

Алма-Атинская декларация, Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи (1978 год)

Декларация об искоренении насилия в отношении женщин (1993 год)

Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (1991 год)

Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (1993 год)

Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (1997 год)

Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека: объединенный вариант 2006 года

Замечания общего порядка и рекомендации договорных органов

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, замечание общего порядка № 15 (1990), касающееся вопроса

недопущения дискриминации женщин в национальных стратегиях предупреждения синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) и борьбы с ним

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, замечание общего порядка № 19 (1992), касающееся вопроса насилия в отношении женщин

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 6 (1995), касающееся вопроса экономических, социальных и культурных прав пожилых людей

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, заключительная рекомендация № 24 (1999), касающаяся женщин и здоровья.

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 15 (2002) о праве на воду

Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 3 (2003), касающееся ВИЧ/СПИДа и прав ребенка

Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 4 (2003), касающееся здоровья и развития подростков в контексте Конвенции о правах ребенка

Комитет по ликвидации расовой дискриминации, общая рекомендация № 30 (2004), касающаяся дискриминации в отношении неграждан

Резолюции Комиссии по правам человека

Резолюции 2000/82 и 2001/27 по вопросам о воздействии политики структурной перестройки и внешней задолженности на полное осуществление всех прав человека, в особенности экономических, социальных и культурных прав

Резолюция 2001/35 по вопросу об отрицательных последствиях незаконных перевозок и захоронения токсичных и опасных продуктов и отходов для осуществления прав человека

Резолюции 2002/31 и 2003/28, касающиеся права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Резолюции 2001/33, 2002/32 и 2003/29, касающиеся доступа к лекарственным средствам в контексте пандемий, таких как ВИЧ/СПИД

Итоговые документы международных конференций

Всемирная декларация о выживании, защите и развитии детей и План действий, принятые на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей (1990 год)

Декларация Рио-де-Жанейро об окружающей среде и развитии и глава 21 Повестки дня на XXI век, принятые Конференцией Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию (1992 год)

Венская декларация и Программа действий, принятые Всемирной конференцией по правам человека (1993 год)

Каирская декларация и Программа действий, Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир (1994 год) - <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>

Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций «Ассамблеей тысячелетия Организации Объединенных Наций» (2000 год)

Пекинская декларация и Платформа действий, Всемирная конференция по положению женщин (1995 год) и их продолжение в «Пекин + 5» (2000 год)

Стамбульская декларация и Повестка дня Хабитат второй Конференции Организации Объединенных Наций по населённым пунктам (Хабитат II) (1996 год) и Декларация о городах и других населённых пунктах в новом тысячелетии, принятая на специальной сессии Генеральной Ассамблеи для всестороннего обзора и оценки хода осуществления повестки дня Хабитат (Хабитат II) (2001 год)

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом «Глобальный кризис - глобальные действия», принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на своей специальной сессии по ВИЧ/СПИДу (2001 год)

Дурбанская декларация и программа действий, принятые на Всемирной конференции по борьбе против расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и связанной с ними нетерпимости (2001 год)

Политическая декларация и Мадридский международный план действий по проблемам старения, принятые на второй Всемирной ассамблее по проблемам старения (2002 год)

Римская декларация о всемирной продовольственной безопасности и План действий Всемирной встречи на высшем уровне по вопросам продовольствия (1996 год) и их продолжение в Декларации Всемирной встречи на высшем уровне по проблемам продовольствия: пять лет спустя – Международный альянс по борьбе с голодом (2002 год)

Выборочные интернет-страницы

Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, www.ohchr.org

Договорные органы Организации Объединенных Наций по правам человека, <http://www.ohchr.org>

Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического

здоровья, включая ежегодные доклады и страновые визиты, www.ohchr.org

Рабочая группа открытого состава по факультативному протоколу к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах, <http://www.ohchr.org>

Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), www.unicef.org

Фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению (ЮНФПА), www.unfpa.org

Программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), www.unaids.org

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), www.who.int

«Права человека: изложение фактов»:^{*}

- No. 2 Международный билль о правах человека (Rev.1)
- No. 3 Консультативное сотрудничество и техническое обслуживание в области прав человека (Rev.1)
- No. 4 Методы борьбы против пыток (Rev.1)
- No. 6 Насильственные или недобровольные исчезновения лиц (Rev.2)
- No. 7 Процедуры представления и рассмотрения сообщений (Rev.1)
- No. 9 Права коренных народов (Rev.2)
- No. 10 Права ребенка (Rev.1)
- No. 11 Внесудебные казни, казни без надлежащего судебного разбирательства или произвольные казни (Rev.1)

^{*} Выпуск брошюр «Права человека: изложение фактов» № 1, 5 и 8, прекращен. Все брошюры «Права человека: изложение фактов» имеются на сайте: <http://www.ohchr.org>

-
- No. 12 Комитет по ликвидации расовой дискриминации
 - No. 13 Международное гуманитарное право и права человека
 - No. 14 Современные формы рабства
 - No. 15 Гражданские и политические права: Комитет по правам человека (Rev.1)
 - No. 16 Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (Rev.1)
 - No. 17 Комитет против пыток
 - No. 18 Права меньшинств (Rev.1)
 - No. 19 Национальные учреждения, занимающиеся поощрением и защитой прав человека
 - No. 20 Права человека и беженцы
 - No. 21 Право человека на достаточное жилище
 - No. 22 Дискриминация в отношении женщин: Конвенции и Комитеты
 - No. 23 Опасная традиционная практика, пагубно отражающаяся на здоровье женщин и детей
 - No. 24 Права трудящихся-мигрантов
 - No. 25 Принудительное выселение и права человека
 - No. 26 Рабочая группа по произвольному задержанию
 - No. 27 Деятельность специальных докладчиков Организации Объединенных Наций: 17 вопросов и ответов
 - No. 28 Влияние деятельности наемников на осуществление права народов на самоопределение
 - No. 29 Правозащитники: защита право на защиту прав человека
 - No. 30 Система договоров Организации Объединенных Наций в области прав человека: основные договоры в области прав человека и договорные органы - введение
 - No. 31 Право на здоровье

Серия «*Права человека: изложение фактов*» издается Управлением Верховного комиссара по правам человека в отделении Организации Объединенных Наций в Женеве. В ней отражаются некоторые проблемы прав человека, которые находятся под пристальным вниманием или представляют особый интерес.

Публикация «*Права человека: изложение фактов*» предназначена для самых широких кругов общественности; ее цель – содействовать лучшему пониманию основных прав человека, информировать о том, что предпринимает Организация Объединенных Наций для их поощрения и защиты, а также показать, какие существуют международные механизмы для осуществления этих прав. «*Права человека: изложение фактов*» распространяются бесплатно по всему миру. Поощряется перепечатка публикаций на других языках, помимо официальных языков, при условии сохранения текста в неизменном виде. Организация, воспроизводящая текст, должна ставить в известность об этом Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека в Женеве и ссылаться на источник данных материалов Организации Объединенных Наций.

Запросы направлять по адресу:

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
United Nations Office at Geneva
8–14, Avenue de la Paix
CH–1211 Geneva 10
Switzerland

New York Office:
Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
United Nations
New York, NY 10017
United States of America