



ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ

Distr.
GENERAL

E/C.12/2000/4
11 August 2000

RUSSIAN
Original: ENGLISH

КОМИТЕТ ПО ЭКОНОМИЧЕСКИМ, СОЦИАЛЬНЫМ
И КУЛЬТУРНЫМ ПРАВАМ

Двадцать вторая сессия

Женева, 25 апреля – 12 мая 2000 года

Пункт 3 повестки дня

ВОПРОСЫ СУЩЕСТВА, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ХОДЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ
МЕЖДУНАРОДНОГО ПАКТА ОБ ЭКОНОМИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ
И КУЛЬТУРНЫХ ПРАВАХ

Замечание общего порядка № 14 (2000)

Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12 Международного пакта
об экономических, социальных и культурных правах)

1. Здоровье является одним из основных прав человека, необходимым для реализации других прав человека. Каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень здоровья, обеспечивающий ему достойные условия жизни. Осуществление права на здоровье может обеспечиваться с помощью целого ряда взаимодополняющих подходов, таких, как определение политики в области здравоохранения, реализация программ по охране здоровья, разработанных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), или принятие конкретных правовых договоров. Кроме того, право на здоровье включает ряд компонентов, осуществление которых защищается законом¹.

2. Право человека на здоровье признано в многочисленных международных договорах. Пункт 1 статьи 25 Всеобщей декларации прав человека гласит: "Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи...". Во всем международном праве прав человека наиболее всеобъемлющая статья о праве на здоровье содержится в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах. В соответствии с пунктом 1 статьи 12 этого Пакта государства-участники признают "право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья", а в пункте 2 статьи 12 перечисляется ряд примеров тех "мер, которые должны быть приняты участвующими... государствами для полного осуществления этого права". Кроме того, право на здоровье признано, в частности, в статье 5 е) iv) Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации 1965 года, в статьях 11.1 f) и 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979 года и в статье 24 Конвенции о правах ребенка 1989 года. Право на здоровье защищено и рядом региональных договоров по правам человека, таких, как пересмотренная Европейская социальная хартия 1961 года (статья 11), Африканская хартия прав человека и народов 1981 года (статья 16) и Дополнительный протокол к Американской конвенции о правах человека в области экономических, социальных и культурных прав 1988 года (статья 10). Аналогичным образом, право на здоровье было провозглашено Комиссией по правам человека², а также в Венской декларации и Программе действий 1993 года и в других международных договорах³.

3. Право на здоровье тесно связано и зависит от осуществления других прав человека, предусмотренных в Международном билле о правах, включая права на питание, жилище, труд, образование, человеческое достоинство, жизнь, недискриминацию, равенство, запрещение пыток, частную жизнь, доступ к информации, а также свободы ассоциации, собраний и передвижения. Эти и другие права и свободы связаны с составными элементами права на здоровье.

4. При подготовке проекта статьи 12 Пакта Третий комитет Генеральной Ассамблеи отказался от определения здоровья, закрепленного в преамбуле Конституции ВОЗ, в которой под здоровьем понимается "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов". Однако ссылка в пункте 1 статьи 12 Пакта на "наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья" не ограничивается правом на охрану здоровья.

Напротив, история подготовки проекта и сама формулировка пункта 2 статьи 12 говорят о том, что право на здоровье включает в себя широкий спектр социально-экономических факторов, создающих условия, позволяющие людям жить здоровой жизнью, и охватывает основополагающие предпосылки здоровья, такие, как пища и режим питания, жилище, доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным условиям, безопасные и здоровые условия труда и здоровая окружающая среда.

5. Комитет отдает себе отчет в том, что для миллионов людей во всем мире полное осуществление права на здоровье по-прежнему остается целью далекого будущего. Кроме того, во многих случаях, особенно для тех, кто живет в нищете, эта цель становится все более отдаленной. Комитет признает наличие значительных структурных и других препятствий, обусловленных неподконтрольными государствам международными и иными факторами, которые затрудняют полное осуществление статьи 12 во многих государствах-участниках.

6. Для оказания государствам-участникам содействия в осуществлении Пакта и соблюдении их обязательств по представлению докладов в настоящем Замечании общего порядка рассматриваются нормативное содержание статьи 12 (часть I), обязательства государств-участников (часть II), нарушения (часть III) и осуществление на национальном уровне (часть IV), а обязательства субъектов, помимо государств-участников, рассматриваются в части V. Это Замечание общего порядка основано на приобретенном Комитетом многолетнем опыте рассмотрения докладов государств-участников.

I. НОРМАТИВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЬИ 12

7. В пункте 1 статьи 12 дано определение права на здоровье, а в пункте 2 статьи 12 содержится наглядный, но не исчерпывающий перечень примеров обязательств государств-участников.

8. Право на здоровье не следует понимать как право *быть здоровым*. Право на здоровье включает как свободы, так и смежные права. К свободам относятся право на контроль за своим здоровьем и телом, включая половую и репродуктивную свободу, и право быть свободным от всякого вмешательства, например право быть свободным от пыток и не подвергаться без свободного согласия медицинским или научным опытам. С другой стороны, к производным правам относится право на систему здравоохранения, обеспечивающую людям равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья.

9. Содержащееся в пункте 1 статьи 12 понятие "наивысший достижимый уровень здоровья" охватывает как индивидуальные биологические и социально-экономические предпосылки, так и имеющиеся в распоряжении государства ресурсы. Существует ряд аспектов, которые невозможно охватить только взаимоотношениями между государством и индивидуумом; в частности, государство не может обеспечить хорошее здоровье или защитить от всех возможных причин ухудшения здоровья человека. Так, генетические факторы, индивидуальная предрасположенность к заболеваниям и избрание людьми нездорового или опасного образа жизни могут существенно повлиять на здоровье человека. Следовательно, право на здоровье понимается как право на использование целого ряда учреждений, товаров, услуг и условий, необходимых для достижения наивысшего достижимого уровня здоровья.

10. После принятия в 1966 году двух Международных пактов положение в области здоровья на планете кардинально изменилось, а понятие здоровья претерпело существенные изменения и значительно расширилось. Стало приниматься во внимание все большее число факторов, предопределяющих уровень здоровья, таких, как распределение ресурсов и гендерные различия. В более широком определении здоровья учитываются и такие социальные факторы, как насилие и вооруженные конфликты⁴. Кроме того, неизвестные ранее заболевания, например вирус иммунодефицита человека и синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД), и другие болезни, которые стали более распространенными, например рак, а также быстрый рост численности населения планеты воздвигли новые препятствия на пути осуществления права на здоровье, которые необходимо принимать во внимание при толковании статьи 12.

11. Согласно толкованию Комитета, право на здоровье, определяемое в пункте 1 статьи 12, включает в себя не только право на своевременные и адекватные услуги в области здравоохранения, но и на такие основополагающие предпосылки здоровья, как доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным услугам, достаточное снабжение безопасным продовольствием, питание и жилищные условия, безопасные условия труда и окружающей среды, а также доступ к просвещению и информации в области здоровья, в том числе полового и репродуктивного здоровья. Еще одним важным аспектом является участие населения в принятии решений по всем связанным со здоровьем вопросам на общинном, национальном и международном уровнях.

12. Право на здоровье во всех его формах и на всех уровнях содержит следующие взаимосвязанные основные элементы, точность применения которых будет зависеть от условий, существующих в том или ином государстве-участнике:

а) *Наличие.* Государство-участник должно располагать достаточным количеством функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения и медицинской помощи, а также соответствующих программ. Точный характер этих учреждений, товаров и услуг будет варьироваться в зависимости от целого ряда факторов, включая уровень развития государства-участника. При этом к ним будут относиться основополагающие предпосылки здоровья, такие, как инфраструктура для снабжения безопасной питьевой водой и адекватными санитарными услугами, больницы, поликлиники и другие учреждения здравоохранения, подготовленный врачебный и медицинский персонал, получающий конкурентоспособное на внутреннем уровне вознаграждение, и важнейшие лекарственные средства, определяемые в Программе действий ВОЗ в отношении базовых медикаментов⁵.

б) *Доступность.* Учреждения, товары и услуги здравоохранения⁶ должны быть доступны каждому человеку без какой бы то ни было дискриминации, подпадающему под юрисдикцию государства-участника. Доступность имеет четыре взаимосвязанных аспекта:

- i) недискриминация: учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть де-юре и де-факто доступны для всех, особенно для наиболее уязвимых или социально отчужденных слоев населения, без дискриминации по какому-либо из запрещенных признаков⁷;
- ii) физическая доступность: учреждения, товары и услуги здравоохранения должны находиться в физической досягаемости для всех групп населения, особенно для уязвимых или социально отчужденных групп, таких, как этнические меньшинства и коренные народы, женщины, дети, подростки, пожилые люди, инвалиды и лица, инфицированные ВИЧ и больные СПИДом. Доступность также предполагает, что медицинские услуги и основополагающие предпосылки здоровья, такие, как безопасная питьевая вода и адекватные санитарные услуги, находятся в безопасной физической досягаемости, в том числе в сельских районах. Доступность далее предполагает обеспечение инвалидам адекватного доступа в здания;

- iii) экономическая доступность (доступность с точки зрения расходов): доступ к учреждениям, товарам и услугам здравоохранения должны иметь все. Схемы оплаты медицинской помощи, а также услуг, связанных с обеспечением основополагающих предпосылок здоровья, должны основываться на принципе справедливости, который гарантирует всем, в том числе социально отчужденным группам, доступность этих услуг как в частном, так и в государственном секторах. Принцип справедливости означает, что менее обеспеченные домашние хозяйства не должны нести непропорционально высокие затраты на медицинское обслуживание по сравнению с более состоятельными домашними хозяйствами;
- iv) доступность информации: доступность включает право искать, получать и распространять информацию и идеи⁸, касающиеся вопросов здоровья. Однако доступность информации не должна наносить ущерба праву на конфиденциальность личных медицинских данных.

с) *Приемлемость.* Все учреждения, товары и услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям, т.е. культуре отдельных лиц, меньшинств, народов и общин, учитывать требования в отношении гендерной проблематики и жизненного уклада, а также быть направленными на сохранение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц.

d) *Качество.* Учреждения, товары и услуги здравоохранения наряду с их культурной адекватностью должны быть также приемлемыми с научной и медицинской точек зрения и характеризоваться высоким качеством. Для этого, в частности, требуется наличие квалифицированного медицинского персонала, научно проверенных и пригодных медикаментов и медицинского оборудования, безопасной питьевой воды и адекватных санитарных услуг.

13. Неисчерпывающий перечень примеров в пункте 2 статьи 12 служит ориентиром, который помогает государствам определять необходимые меры. Он дает конкретные общие примеры мероприятий, вытекающих из широкого определения права на здоровье, предусмотренного в пункте 1 статьи 12, тем самым иллюстрируя содержание этого права, отраженное в примерах нижеследующих пунктов⁹.

Пункт 2 а) статьи 12. Право на материнское, детское и репродуктивное здоровье

14. "Обеспечение сокращения мертворождаемости и детской смертности и здорового развития ребенка" (пункт 2 а) статьи 12)¹⁰ может толковаться как необходимость принятия мер по повышению качества услуг в области здоровья матери и ребенка, полового и репродуктивного здоровья, включая доступ к программам планирования семьи, дородовой и послеродовой уход¹¹, экстренные родовспомогательные услуги и доступ к информации и ресурсам, необходимым для принятия мер в соответствии с этой информацией¹².

Пункт 2 b) статьи 12. Право на здоровую природную среду и на гигиену труда

15. "Улучшение всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности" (пункт 2 b) статьи 12) включает, в частности, меры по предупреждению несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний; необходимость обеспечивать адекватное снабжение безопасной питьевой водой и базовыми санитарными услугами; предупреждение и снижение уровня воздействия на население вредных веществ, таких, как радиация и опасные химикаты, или других пагубных экологических условий, которые прямо или косвенно влияют на здоровье человека¹³. Кроме того, гигиена труда предполагает максимально возможное с разумной точки зрения устранение причин возникновения вредных для здоровья факторов производственной среды¹⁴. Пункт 2 b) статьи 12 также охватывает обеспечение адекватного жилья, безопасных и здоровых условий труда, достаточного снабжения продовольствием и нормального питания и предупреждение злоупотребления алкоголем и потребления табака, наркотиков и других вредных веществ.

Пункт 2 с) статьи 12. Право на предупреждение и лечение заболеваний

16. "Предупреждение и лечение эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней" (пункт 2 с) статьи 12) предполагают подготовку информационно-профилактических программ по проблемам заболеваний, связанных с определенными формами поведения, таких, как болезни, передаваемые половым путем, в частности ВИЧ/СПИД, и заболеваний, наносящих ущерб половому и репродуктивному здоровью, а также улучшение социальных условий, предопределяющих здоровье, таких, как экологическая безопасность, образование, экономическое развитие и равноправие полов. Право на лечение включает создание системы неотложной медицинской помощи при несчастных случаях, эпидемиях и аналогичных происшествиях в области охраны здоровья, а также принятие экстренных мер и оказание гуманитарной помощи в чрезвычайных ситуациях. Лечение заболеваний предполагает индивидуальные и совместные усилия государств, которые направлены, в частности, на предоставление

соответствующих технологий, проведение и усовершенствование эпидемиологического надзора и сбор данных на дезагрегированной основе, разработку или совершенствование программ иммунизации и других стратегий борьбы с инфекционными заболеваниями.

Пункт 2 d) статьи 12. Право на доступ к учреждениям, товарам и услугам здравоохранения¹⁵

17. "Создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни" (пункт 2 d) статьи 12) – физической или психической, - включает в себя обеспечение равного и своевременного доступа к базовым профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам здравоохранения и к информации по вопросам охраны здоровья; регулярное проведение программ обследования; соответствующее лечение распространенных заболеваний, нарушений и травм, желательно на местном уровне; обеспечение основными лекарственными средствами; и надлежащее лечение психически больных лиц и оказание психиатрической помощи. Другим важным аспектом является активизация и расширение участия населения в предоставлении профилактических и лечебных услуг, таких, как организация сектора здравоохранения и системы страхования, и особенно в принятии как на национальном, так и на местном уровне стратегических решений, касающихся права на здоровье.

Статья 12. Отдельные принципы, имеющие широкое применение

Недискриминация и равное обращение

18. Пункт 2 статьи 2 и статья 3 Пакта запрещают любую дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения, физических или психических недостатков, состояния здоровья (включая ВИЧ/СПИД), сексуальной ориентации и гражданского, политического, социального или иного статуса в отношении доступа к основным услугам здравоохранения и основополагающим предпосылкам здоровья, а также к средствам и возможностям для их получения. Комитет подчеркивает, что многие меры, например большинство стратегий и программ искоренения дискриминации в сфере здравоохранения, могут осуществляться с минимальным объемом ресурсов путем принятия, изменения или отмены законодательства либо распространения информации. Комитет вновь обращает внимание на пункт 12 Замечания общего порядка № 3, в котором подчеркивается, что даже в периоды острой нехватки ресурсов наиболее уязвимые члены общества должны быть защищены путем принятия сравнительно недорогостоящих целевых программ.

19. Что касается права на здоровье, то следует обратить особое внимание на необходимость обеспечения равного доступа к здравоохранению и медицинскому обслуживанию. На государствах лежит особая обязанность предоставлять тем, кто не имеет для этого достаточных средств, необходимое медицинское страхование и доступ к учреждениям системы здравоохранения, а также предотвращать любую дискриминацию по запрещенным на международном уровне признакам в оказании медицинских услуг, особенно применительно к основным обязательствам в отношении права на здоровье¹⁶. Выделение недостаточных ресурсов на нужды здравоохранения может стать причиной скрытой дискриминации. Например, инвестиции в дорогостоящие лечебные услуги, которые зачастую доступны лишь небольшой привилегированной части населения, не должны носить непропорциональный характер в ущерб первичным и профилактическим медико-санитарным услугам, в которых нуждается большая часть населения.

Гендерная проблематика

20. Комитет рекомендует государствам интегрировать гендерную проблематику в их политику, планирование, программы и исследования по вопросам здравоохранения в интересах улучшения здоровья как мужчин, так и женщин. Гендерный подход основан на признании того, что на здоровье мужчин и женщин оказывают влияние как биологические, так и социально-культурные факторы. Сбор медицинских и социально-экономических данных в разбивке по половому признаку имеет основное значение для выявления и устранения проявлений неравенства в сфере здравоохранения.

Женщины и право на здоровье

21. Для ликвидации дискриминации в отношении женщин необходимо разработать и осуществить всеобъемлющую национальную стратегию поощрения права женщин на здоровье в течение всей их жизни. Такая стратегия должна охватывать мероприятия по профилактике и лечению женских заболеваний, а также политику обеспечения доступа ко всему комплексу высококачественных и доступных медицинских услуг, включая сферу полового и репродуктивного здоровья. Одной из главных целей должно быть уменьшение опасности для здоровья женщин, особенно снижение уровней материнской смертности и защита женщин от бытового насилия. Для осуществления права женщин на здоровье необходимо устранить все препятствия на пути их доступа к медицинскому обслуживанию, просвещению и информации, в том числе в сфере полового и репродуктивного здоровья. Кроме того, важно принимать превентивные, стимулирующие и корректирующие меры по защите женщин от воздействия обусловленных культурными традициями пагубных видов практики и норм, которые лишают женщин возможности в полной мере пользоваться своими репродуктивными правами.

Дети и подростки

22. В пункте 2 а) статьи 12 подчеркнута необходимость принятия мер по сокращению детской смертности и поощрению здорового развития детей и подростков.

В последующих международных договорах по правам человека признается, что дети и подростки имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья и на доступ к лечебным учреждениям¹⁷. В соответствии с Конвенцией о правах ребенка государства должны обеспечивать ребенку и его семье доступ к основным медицинским услугам, включая дородовой и послеродовой уход для матерей. Конвенция увязывает эти цели с обеспечением доступа к ориентированной на детей информации о поведении, способствующем профилактике заболеваний и укреплению здоровья, и с оказанием семьям и общинам содействия в реализации этих видов практики. Осуществление принципа недискриминации предполагает наличие у девочек и мальчиков равного доступа к адекватному питанию, здоровой окружающей среде и услугам по лечению физических и психических заболеваний. Существует необходимость в принятии эффективных и адекватных мер по отмене пагубных традиционных видов практики, влияющих на здоровье детей, особенно девочек, включая ранние браки, калечение женских половых органов, приоритетное питание и лечение мальчиков¹⁸. Детям-инвалидам следует обеспечить возможность вести насыщенную и достойную жизнь и участвовать в делах общества.

23. Государства-участники должны обеспечивать подросткам здоровую и благоприятную среду, гарантирующую им возможность участвовать в принятии решений относительно их здоровья, формировать необходимые для жизни навыки, приобретать нужную информацию, получать советы и выбирать свой образ жизни. Осуществление права подростков на здоровье зависит от развития ориентированной на молодежь системы здравоохранения, в рамках которой соблюдаются конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни и предоставляются адекватные услуги в области полового и репродуктивного здоровья.

24. Во всех политических мероприятиях и программах, цель которых – гарантировать детям и подросткам право на здоровье, прежде всего должны учитываться их наилучшие интересы.

Пожилые люди

25. В связи с осуществлением права пожилых людей на здоровье Комитет согласно пунктам 34 и 35 Замечания общего порядка № 6 (1995) подтверждает важность комплексного подхода, объединяющего элементы профилактического, лечебного и реабилитационного медицинского обслуживания. Такие меры должны основываться на периодических осмотрах лиц обоих полов; мероприятиях по физической и психологической реабилитации с целью сохранения функциональности и самостоятельности пожилых людей; и на внимании и уходе за хронически и неизлечимо больными лицами, облегчении по мере возможности их страданий и предоставлении им возможности достойно уйти из жизни.

Лица с какой-либо формой инвалидности

26. Комитет вновь подтверждает пункт 34 своего Замечания общего порядка № 5, в котором рассматривается положение лиц с какой-либо формой инвалидности в контексте права на физическое и психическое здоровье. Кроме того, Комитет подчеркивает необходимость обеспечивать, чтобы те, кто предоставляет медицинское обслуживание и инфраструктуру не только в государственном, но и в частном секторе, соблюдали принцип недискриминации в отношении лиц, страдающих какой-либо формой инвалидности.

Коренные народы

27. Учитывая появление норм международного права и практики и недавние меры, принятые государствами в интересах коренных народов¹⁹, Комитет считает целесообразным установить элементы, которые будут способствовать определению права коренных народов на здоровье, с тем чтобы расширить возможности по осуществлению положений статьи 12 Пакта для государств, в которых проживают коренные народы. Комитет считает, что коренные народы имеют право на особые меры по расширению их доступа к медицинскому обслуживанию и уходу. Это медицинское обслуживание должно быть адекватным с точки зрения культуры, учитывать традиционные профилактические меры, практику врачевания и виды лекарств. Государства должны обеспечивать коренным народам ресурсы для разработки и предоставления таких услуг и контроля за ними, с тем чтобы они могли иметь доступ к наивысшему достижимому уровню физического и психического здоровья. Следует также охранять основные виды лекарственных трав, животных и минералов, необходимых для полного осуществления права коренных народов на здоровье. Комитет отмечает, что в коренных общинах здоровье индивидуума нередко связано со здоровьем всего социума и имеет

коллективный характер. В этой связи Комитет считает, что мероприятия в области развития, которые влекут за собой недобровольное перемещение коренных народов с их исконных территорий и среды обитания, лишая их источников питания и разрывая их симбиотические связи со своими землями, пагубно отражаются на их здоровье.

Ограничения

28. Потребности охраны здоровья населения иногда используются государствами в качестве оснований для ограничения реализации других основных прав. Комитет хотел бы подчеркнуть, что ограничительное положение статьи 4 Пакта прежде всего направлено на защиту прав лиц, а не на разрешение государствам вводить ограничения. Следовательно, государство-участник, которое, например, ограничивает свободу передвижения или изолирует лиц, являющихся носителями инфекционных заболеваний, таких, как ВИЧ/СПИД, отказывает врачам в разрешении оказать помощь лицам, подозреваемым в оппозиции правительству, или не обеспечивает вакцинацию населения от наиболее опасных инфекционных заболеваний по соображениям национальной безопасности или охраны общественного порядка, обязано обосновать принятие столь серьезных мер по каждому из элементов, определенных в статье 4. Подобные ограничения должны вводиться лишь на основании закона, включая международные стандарты в области прав человека, соответствовать характеру защищаемых Пактом прав, отвечать интересам достижения законных целей и являться необходимыми исключительно для содействия общему благосостоянию в демократическом обществе.

29. В соответствии с пунктом 1 статьи 5 такие ограничения должны быть пропорциональными, т.е. при наличии различных видов ограничений должен выбираться наименее ограничительный вариант. Даже в случаях, когда такие ограничения в целях охраны здоровья людей в принципе разрешены, они должны носить временный характер и находиться под контролем.

II. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ГОСУДАРСТВ-УЧАСТНИКОВ

Общие правовые обязательства

30. Хотя Пакт предусматривает прогрессивное осуществление и признает проблемы, связанные с ограниченностью имеющихся ресурсов, он также налагает на государства-участники различные обязательства, носящие безотлагательный характер. Государства-

участники имеют безотлагательные обязательства в связи с правом на здоровье, такие, как обеспечение осуществления этого права без какой-либо дискриминации (статья 2.2) и обязательство принимать меры (статья 2.1) для обеспечения полного осуществления статьи 12. Такие меры должны являться преднамеренными, конкретными и направленными на полное осуществление права на здоровье²⁰.

31. Прогрессивное осуществление права на здоровье в течение того или иного периода времени не следует интерпретировать как лишаящее обязательства государства-участники всякого смысла. Прогрессивное осуществление скорее означает, что государства-участники имеют конкретное обязательство продолжающегося характера как можно более оперативно и эффективно продвигаться по пути к достижению полного осуществления статьи 12²¹.

32. Как и в случае всех других прав, гарантируемых Пактом, следует исходить из того, что принятие регрессивных мер в отношении права на здоровье не разрешается. В случае сознательного принятия какой-либо регрессивной меры государство-участник обязано доказать, что такая мера была принята после самого тщательного изучения всех альтернатив и что она является должным образом оправданной с учетом всей совокупности прав, гарантируемых Пактом, в контексте полного использования всех имеющихся у государства-участника ресурсов²².

33. Как и все права человека, право на здоровье предусматривает для государств-участников три категории или уровня обязательств: обязательства *уважать, защищать и осуществлять*. Обязательство осуществлять, в свою очередь, предполагает обязательства содействовать, обеспечивать и стимулировать²³. Обязательство *уважать* требует от государств воздерживаться от прямого или косвенного посягательства на право на здоровье. Обязательство *защищать* требует от государств принимать меры для недопущения посягательств на предусмотренные в статье 12 гарантии третьими сторонами. И наконец, обязательство *осуществлять* требует от государств принятия соответствующих законодательных, административных, бюджетных, судебных, стимулирующих и иных мер для полного осуществления права на здоровье.

Конкретные правовые обязательства

34. В частности, государства несут обязанность *уважать* право на здоровье, в частности воздерживаясь от принятия мер, закрывающих или ограничивающих равный доступ всем, в том числе заключенным или содержащимся под стражей лицам, представителям меньшинств, лицам, просящим убежища, и незаконным иммигрантам, к профилактическим, лечебным и паллиативным услугам здравоохранения, воздерживаясь

от возведения дискриминационной практики в ранг государственной политики, а также от дискриминационного отношения к здоровью женщин и их потребностям в этой области. Кроме того, обязательство уважать налагает на государства обязанность воздерживаться от запрещения или ограничения традиционных профилактических услуг, методов лечения и медикаментов, от продажи небезопасных лекарственных препаратов и от принудительного медицинского лечения, за исключением чрезвычайных случаев, связанных с лечением душевнобольных или с профилактикой инфекционных заболеваний и борьбой с ними. Такие чрезвычайные меры должны быть обусловлены конкретными жесткими требованиями, осуществляться наиболее оптимальными методами и соответствовать применимым международным стандартам, включая Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи²⁴. Кроме того, государствам следует воздерживаться от ограничения доступа к противозачаточным средствам и другим средствам поддержания полового и репродуктивного здоровья, от проверки, сокрытия или преднамеренного искажения информации по вопросам здоровья, включая информацию и учебные материалы по вопросам полового здоровья, а также от противодействия участию населения в деятельности по охране здоровья. Государствам следует воздерживаться также от незаконного загрязнения воздуха, воды и почвы, например, посредством промышленных выбросов с государственных предприятий, в результате применения или испытания ядерного, биологического или химического оружия, если такие испытания ведут к выбросам веществ, вредных для здоровья человека, а также от ограничения доступа к услугам здравоохранения в качестве меры наказания, например, в ходе вооруженных конфликтов в нарушение принципов международного гуманитарного права.

35. Обязательство *защищать* предполагает, в частности, ответственность государств за принятие законодательства или других мер, обеспечивающих равный доступ к услугам здравоохранения и другим связанным с охраной здоровья услугам, оказываемым третьими сторонами, за принятие мер к тому, чтобы приватизация сектора здравоохранения не ставила под угрозу наличие, доступность, доступность с точки зрения расходов и качество объектов, товаров и услуг здравоохранения, установление контроля над продажей медицинского оборудования и препаратов третьими сторонами, а также за то, чтобы образование, профессиональная подготовка и этические кодексы поведения медицинских работников отвечали соответствующим стандартам. Государства обязаны также гарантировать, чтобы вредная общественная или традиционная практика не мешала доступу к пред- и послеродовому уходу и планированию семьи, не позволять третьим сторонам заставлять женщин становится объектами традиционной практики, например

практики калечения женских половых органов, а также, с учетом гендерных проявлений насилия, принимать меры для защиты всех уязвимых и социально отчужденных групп общества, в частности женщин, детей, подростков и пожилых людей. Государства должны следить также за тем, чтобы третьи стороны не ограничивали доступ населения к информации и услугам, касающимся здоровья.

36. Обязанность *осуществлять* требует, в частности, от государств-участников отводить видное место праву на здоровье в национальных политической и правовой системах, желательно путем закрепления его законодательно, а также разработать в рамках национальной политики здравоохранения подробный план осуществления права на здоровье. Государства должны обеспечивать медико-санитарную помощь, включая программы иммунизации против основных инфекционных заболеваний, а также равный доступ для всех к основополагающим предпосылкам здоровья, таким, как безопасные продукты питания и питьевая вода, основные санитарные услуги и адекватные жилищные условия и условия жизни. Государственные инфраструктуры здравоохранения должны оказывать услуги в области полового и репродуктивного здоровья, включая пред- и послеродовой уход за матерями, в особенности в сельских районах. Государства должны гарантировать адекватную подготовку врачей и других медицинских работников, достаточное число больниц, клиник и других учреждений системы здравоохранения, а также стимулировать и поддерживать создание учреждений, оказывающих консультативные услуги и психиатрическую помощь, при надлежащем учете принципа справедливого распределения по всей территории страны. К числу других обязанностей относится создание доступной для всех государственной, частной или смешанной системы медицинского страхования, стимулирование медицинских исследований и образования, а также проведение информационных кампаний, в частности по вопросам ВИЧ/СПИДа, полового и репродуктивного здоровья, традиционной практики, насилия в семье, а также того вреда, который наносят здоровью алкогольные напитки, сигареты, наркотики и другие вредные вещества. Государства должны принимать также меры к устранению экологических и производственных факторов, угрожающих здоровью, а также всех других рисков, подтверждающихся эпидемиологическими данными. С этой целью им следует разрабатывать и осуществлять национальные стратегии, направленные на снижение и ликвидацию загрязнения воздуха, воды и почвы, включая загрязнение тяжелыми металлами, такими, как содержащийся в бензине свинец. Кроме того, государства-участники обязаны разработать, осуществлять и периодически пересматривать последовательную национальную политику, направленную на сведение к минимуму риска несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также разработать последовательную национальную политику по вопросам, касающимся профессиональной безопасности и услуг в области здравоохранения²⁵.

37. Обязательство *осуществлять (содействовать)* требует от государств, в частности, принимать позитивные меры, которые предоставляют возможность и помогают индивидуумам и группам лиц пользоваться правом на здоровье. Государства-участники также обязаны *осуществлять (обеспечивать)* то или иное конкретное право, гарантируемое в Пакте, когда индивидуум или группа лиц не могут по не зависящим от них причинам самостоятельно осуществлять это право с помощью имеющихся в их распоряжении средств. Обязательство *осуществлять (стимулировать)* право на здоровье требует от государств принимать меры в целях обеспечения, поддержания и восстановления здоровья населения. Такие обязательства включают: i) поощрение признания факторов, способствующих укреплению здоровья, таких, как исследования и информационная работа; ii) обеспечение культурной адекватности услуг здравоохранения и соответствующей подготовки персонала учреждений системы здравоохранения для признания и удовлетворения конкретных потребностей уязвимых или социально отчужденных групп; iii) обеспечение выполнения государством его обязанностей по распространению соответствующей информации, касающейся здорового образа жизни и питания, вредной традиционной практики и имеющихся в наличии услуг; iv) поддержку людей в принятии хорошо продуманных решений по вопросам здоровья.

Международные обязательства

38. В своем Замечании общего порядка № 3 Комитет обратил внимание на обязательство всех государств-участников принимать меры как индивидуально, так и на основе международной помощи и сотрудничества, в особенности экономического и технического, для полного осуществления признанных в Пакте прав, таких, как право на здоровье. В духе статьи 56 Устава Организации Объединенных Наций, конкретных положений Пакта (статьи 12, 2.1, 22 и 23) и Алма-атинской декларации по вопросам первичной медико-санитарной помощи государствам-участникам следует признать важнейшую роль международного сотрудничества и выполнять свое обязательство по принятию совместных и индивидуальных мер для обеспечения полного осуществления права на здоровье. В этой связи внимание государств-участников обращается на Алма-атинскую декларацию, в которой указывается, что существующее огромное неравенство в уровне здоровья людей, особенно между развитыми и развивающимися странами, а также в самих странах, является политически, социально и экономически неприемлемым и поэтому составляет предмет общей заботы для всех стран²⁶.

39. Для выполнения своих международных обязательств по статье 12 государства-участники должны уважать право на здоровье, осуществляемое в других странах, и предотвращать нарушения этого права в других странах третьими сторонами, если они в состоянии оказывать воздействие на эти третьи стороны юридическими или

политическими средствами в соответствии с Уставом Организации Объединенных Наций и применимым международным правом. В зависимости от объема имеющихся ресурсов государствам следует по возможности способствовать доступу к основным объектам, товарам и услугам здравоохранения в других странах и при необходимости оказывать требующуюся помощь²⁷. Государствам-участникам следует обеспечивать, чтобы праву на здоровье уделялось должное внимание в международных соглашениях, и с этой целью рассматривать возможность выработки новых правовых актов. Что касается заключения других международных соглашений, то государствам-участникам следует принимать меры для обеспечения того, чтобы эти соглашения не оказывали неблагоприятного воздействия на право на здоровье. Государства-участники также обязаны обеспечивать, чтобы в их деятельности как членов международных организаций должным образом учитывалось право на здоровье. Аналогичным образом государствам-участникам, являющимся членами международных финансовых учреждений, в частности Международного валютного фонда, Всемирного банка и региональных банков развития, следует уделять более пристальное внимание защите права на здоровье путем оказания влияния на политику кредитования, заемные соглашения и международные меры этих учреждений.

40. В соответствии с Уставом Организации Объединенных Наций и соответствующими резолюциями Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций и Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-участники несут коллективную и индивидуальную ответственность за налаживание сотрудничества в деле оказания помощи в случае стихийных бедствий и гуманитарной помощи в чрезвычайных ситуациях, в том числе помощи беженцам и внутренним перемещенным лицам. Каждое государство должно прилагать максимум усилий для решения этой задачи. При оказании международной помощи, распределении и рациональном использовании ресурсов, таких, как безопасная питьевая вода, продовольствие и медикаменты, и оказании финансовой помощи следует уделять первоочередное внимание наиболее уязвимым и социально отчужденным группам населения. Кроме того, учитывая тот факт, что некоторые заболевания могут легко распространяться за пределы государств, международное сообщество несет коллективную ответственность за решение этой проблемы. В этой связи экономически развитые государства-участники несут особую ответственность и имеют особую заинтересованность в оказании помощи более бедным развивающимся государствам.

41. Государствам-участникам следует неизменно воздерживаться от введения эмбарго или принятия аналогичных мер, ограничивающих поставки в достаточном объеме медикаментов и медицинского оборудования в другие государства. Ограничения на такие товары никогда не должны использоваться в качестве инструмента политического и экономического давления. В этой связи Комитет вновь обращает внимание на свою позицию, изложенную в Замечании общего порядка № 8, по вопросу о связи между экономическими санкциями и уважением экономических, социальных и культурных прав.

42. Хотя сторонами Пакта являются исключительно государства, которые в конечном счете отвечают за выполнение его положений, все члены общества – индивидуумы, включая работников системы здравоохранения, семьи, местные коммуны, межправительственные и неправительственные организации, организации гражданского общества, а также частный деловой сектор, - несут ответственность за осуществление права на здоровье. Поэтому государствам-участникам следует создавать такие условия, которые помогали бы выполнению этих обязательств.

Основные обязательства

43. В Замечании общего порядка № 3 Комитет подтверждает, что государства-участники имеют основное обязательство по обеспечению удовлетворения по крайней мере минимальных базовых уровней каждого из прав, провозглашенных в Пакте, включая основополагающее базовое медицинское обслуживание. Рассмотрение более поздних документов, таких, как Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию²⁸ и Алма-атинская декларация, выявляет важные ориентиры, касающиеся основных обязательств, вытекающих из статьи 12. Таким образом, по мнению Комитета, к числу этих основных обязательств относятся как социально отчужденных следующие:

а) обеспечение права доступа к объектам, товарам и услугам в области здравоохранения на недискриминационной основе, в особенности для уязвимых и социально отчужденных групп;

б) обеспечение доступа к минимальному базовому питанию, являющемуся адекватным с точки зрения питательной ценности и безопасным, с целью обеспечения каждому человеку свободы от голода;

с) обеспечение доступа к базовому жилью и санитарно-гигиеническим услугам и адекватное снабжение безопасной питьевой водой;

d) обеспечение основными медикаментами, периодически определяемыми в Программе действий ВОЗ по основным медикаментам;

e) обеспечение справедливого распределения всех объектов, товаров и услуг здравоохранения;

f) принятие на основе имеющихся эпидемиологических данных и осуществление общенациональной государственной стратегии по охране здоровья и плана действий, учитывающих потребности в сфере здравоохранения всего населения; эти стратегии и план действий должны быть разработаны и должны периодически пересматриваться при соблюдении принципа участия населения и принципа транспарентности; они должны предусматривать методы, такие, как право на информацию о показателях и ориентирах в области здравоохранения, на основе которых можно пристально следить за достигнутым прогрессом; в рамках процедуры разработки стратегии и плана действий, а также определения их содержания следует уделять особое внимание всем уязвимым или социально отчужденным группам.

44. Комитет также подтверждает, что следующие обязательства являются сопоставимыми по степени своей приоритетности:

a) обеспечение репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей (в предродовой и послеродовой периоды) и детей;

b) обеспечение прививок от основных инфекционных заболеваний, распространенных в соответствующей общине;

c) принятие мер в целях предотвращения и лечения эпидемических и эндемических заболеваний и борьбы с ними;

d) осуществление просветительской деятельности и обеспечение доступа к информации, касающейся основных медицинских проблем в общине, включая информацию о методах предотвращения таких проблем и борьбы с ними;

e) обеспечение надлежащей подготовки для медицинских работников, включая информирование по вопросам, касающимся здоровья и прав человека.

45. Для того чтобы рассеять любые сомнения, Комитет желает подчеркнуть, что на государствах-участниках и других сторонах, имеющих возможность оказывать помощь, лежит особая ответственность по оказанию "международной помощи и осуществлению сотрудничества, в особенности экономического и технического"²⁹, позволяющих развивающимся странам осуществлять свои основные и другие обязательства, указанные в пунктах 43 и 44 выше.

III. НАРУШЕНИЯ

46. При сопоставлении нормативного содержания статьи 12 (Часть I) с обязательствами государств-участников (Часть II) инициируется динамичный процесс, который содействует определению нарушений права на здоровье. В нижеследующих пунктах приводятся примеры нарушений статьи 12.

47. При решении вопроса о том, какие виды действий или бездействия представляют собой нарушение права на здоровье, важно проводить различие между неспособностью и нежеланием государства-участника выполнять обязательства, закрепленные в статье 12. Это следует из пункта 1 статьи 12, в котором говорится о наивысшем достижимом уровне здоровья, а также из пункта 1 статьи 2 Пакта, обязывающего каждое государство-участник принимать необходимые меры в максимальных пределах имеющихся ресурсов. Государство, не желающее использовать максимум имеющихся ресурсов на цели реализации права на здоровье, не выполняет свои обязательства по статье 12. Если ограниченность ресурсов не позволяет государству в полной мере выполнять свои обязательства по Пакту, оно должно доказать, что оно тем не менее предпринимало все возможное для использования всех имеющихся в его распоряжении ресурсов для выполнения в приоритетном порядке перечисленных выше обязательств. Вместе с тем следует подчеркнуть, что ни при каких обстоятельствах государство-участник не может оправдывать невыполнение основных обязательств, перечисленных в пункте 43 выше, которые не допускают отступлений.

48. Нарушения права на здоровье могут быть вызваны непосредственными действиями государств или других субъектов, деятельность которых недостаточно регулируется государствами. Принятие любых регрессивных мер, не совместимых с основными обязательствами, касающимися права на здоровье, которые перечислены в пункте 43 выше, представляет собой нарушение права на здоровье. Нарушения *действием*

включают официальную отмену или приостановление действия законодательства, необходимого для сохранения возможностей пользоваться правом на здоровье, или принятие законодательства или стратегий, которые явно идут вразрез с взятыми ранее национальными или международными юридическими обязательствами в отношении права на здоровье.

49. Нарушения права на здоровье могут быть вызваны также бездействием или непринятием государствами необходимых мер, вытекающих из юридических обязательств. К числу нарушений, вызванных *бездействием*, относятся непринятие необходимых мер по обеспечению полного осуществления права каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, отсутствие действий по разработке национальной политики по вопросам производственной безопасности и здоровья, а также охраны здоровья трудящихся, и необеспечение соблюдения соответствующих законов.

Нарушения обязательства уважать

50. К числу нарушений обязательства уважать относятся действия, стратегии или законы государства, которые идут вразрез со стандартами, изложенными в статье 12 Пакта, и которые могут привести к причинению телесных повреждений, неоправданной заболеваемости и предотвратимой смертности. Примерами являются отказ в доступе к объектам, товарам и услугам в сфере здравоохранения конкретным индивидуумам или группам вследствие дискриминации, проводимой де-юре или де-факто; сознательное умолчание или искажение информации, имеющей жизненно важное значение для охраны здоровья и для лечения заболеваний; приостановление действия законодательства или принятие законов или стратегий, препятствующих пользованию каким-либо из компонентов права на здоровье; и неучет государством своих юридических обязательств, касающихся права на здоровье, при заключении двусторонних или многосторонних соглашений с другими государствами, международными организациями и другими субъектами, такими, как мультинациональные корпорации.

Нарушения обязательства защищать

51. Нарушения обязательства защищать происходят вследствие непринятия государством всех необходимых мер по защите находящихся под его юрисдикцией лиц от посягательств на право на здоровье третьими сторонами. В эту категорию нарушений входят такие виды бездействия, как непринятие мер с целью регулирования деятельности индивидуумов, групп или корпораций для предотвращения нарушения ими права на здоровье других лиц; необеспечение защиты потребителей и трудящихся от видов

практики, причиняющих ущерб здоровью, используемых, например, нанимателями или изготовителями медикаментов или продуктов питания; непринятие мер, препятствующих производству, сбыту и потреблению табака, наркотиков и других вредных веществ; необеспечение защиты женщин от насилия или непринятие мер с целью привлечения к ответственности виновных; непринятие мер с целью противодействия продолжающемуся использованию вредных традиционных медицинских или культурных видов практики; и необеспечение принятия или применения законов в целях предотвращения загрязнения воды, воздуха и почвы добывающими и обрабатывающими предприятиями.

Нарушения обязательства осуществлять

52. Нарушения обязательства осуществлять возникают вследствие неприятия государствами-участниками всех необходимых мер по обеспечению реализации права на здоровье. В число примеров входят непринятие или неосуществление общенациональной политики в области здравоохранения, направленной на обеспечение права на здоровье для каждого человека; недостаточное выделение или неправильное использование государственных ресурсов, что приводит к тому, что индивидуумы или группы, в частности уязвимые или социально отчужденные группы, не имеют возможности пользоваться правом на здоровье; необеспечение контроля за осуществлением права на здоровье на национальном уровне, например посредством определения касающихся этого права показателей и ориентиров; непринятие мер с целью сокращения несправедливого распределения объектов, товаров и услуг в сфере здравоохранения; неиспользование подхода к здравоохранению, учитывающего гендерную проблематику; и непринятие мер с целью снижения показателей младенческой и материнской смертности.

IV. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Рамочное законодательство

53. Наиболее адекватные из возможных мер осуществления права на здоровье будут сильно различаться между государствами. Каждое государство имеет определенную свободу выбора тех мер, которые являются наиболее оптимальными с учетом конкретных потребностей. В то же время Пакт конкретно обязывает каждое государство принимать все необходимые меры к обеспечению каждому человеку доступа к основным учреждениям, товарам и услугам здравоохранения и скорейшему достижению наивысшего достижимого уровня физического и психического здоровья. Это требует

выработки национальной стратегии обеспечения пользования всеми людьми правом на здоровье на основе принципов прав человека, определяющих цели этой стратегии, а также определения соответствующих политических мер и показателей и ориентиров, касающихся права на здоровье. В национальной стратегии охраны здоровья должны определяться также имеющиеся для достижения поставленных задач ресурсы и наиболее эффективные с точки зрения затрат пути их использования.

54. При разработке и осуществлении национальных стратегий охраны здоровья и планов действий следует, в частности, уважать принципы недискриминации и участия населения. В частности, право отдельных лиц и групп участвовать в процессе принятия решений, которые могут отразиться на их развитии, должно стать неотъемлемой частью любой политики, программы или стратегии выполнения государством своих обязательств по статье 12. Составной частью работы по улучшению здоровья должна стать осуществляемая на местном уровне эффективная деятельность по определению приоритетов, принятию решений, планированию, претворению в жизнь и оценке стратегий улучшения здоровья. Государства смогут добиться эффективного оказания услуг здравоохранения лишь путем привлечения к этой работе населения.

55. Национальная стратегия охраны здоровья и план действий должны быть построены также на принципах отчетности, транспарентности и независимости судебных органов, поскольку рациональное управление крайне важно для эффективного осуществления всех прав человека, включая право на здоровье. В целях создания благоприятного климата для осуществления этого права государствам-участникам следует принять необходимые меры к тому, чтобы частный деловой сектор и гражданское общество понимали и учитывали в своей деятельности важность права на здоровье.

56. Государствам следует рассмотреть возможность принятия рамочного законодательства для обеспечения практического осуществления своей национальной стратегии, касающейся права на здоровье. На основании этого рамочного законодательства должны быть созданы национальные механизмы контроля за осуществлением национальных стратегий охраны здоровья и планов действий. В нем должны содержаться положения, касающиеся поставленных целей и сроков их выполнения; средств для достижения ориентиров, касающихся права на здоровье; планируемого сотрудничества с гражданским обществом, включая экспертов в области здравоохранения, частный сектор и международные организации; учреждений, отвечающих за осуществление национальной стратегии охраны здоровья и планов действий; и возможных процедур обжалования. В процессе оценки прогресса, достигнутого в деле осуществления права на здоровье, государствам-участникам следует определять факторы и трудности, сдерживающие осуществление их обязательств.

Показатели и ориентиры, касающиеся права на здоровье

57. В рамках национальных стратегий охраны здоровья следует определять надлежащие показатели и ориентиры, касающиеся права на здоровье. Соответствующие показатели следует определять для контроля на национальном и международном уровнях выполнения государством-участником своих обязательств по статье 12. Для определения надлежащих показателей, касающихся осуществления права на здоровье, которые должны отражать различные аспекты этого права, государства могут обращаться за рекомендациям к ВОЗ и Детскому фонду Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), которые продолжают осуществлять деятельность в этой области. Для определения показателей, касающихся осуществления права на здоровье, требуются дезагрегированные данные по запрещенным признакам дискриминации.

58. После определения соответствующих показателей, касающихся права на здоровье, государствам-участникам предлагается наметить надлежащие национальные ориентиры в связи с каждым показателем. В ходе рассмотрения периодических докладов Комитет будет осуществлять процесс изучения, предполагающий совместное рассмотрение соответствующим государством-участником и Комитетом показателей и национальных ориентиров, позволяющих наметить цели, которые потребуются достичь в течение следующего отчетного периода. В течение последующих пяти лет государство-участник будет использовать эти национальные ориентиры в целях содействия контролю за осуществлением им положений статьи 12. В последующий отчетный период государство-участник и Комитет рассмотрят вопрос о том, были ли достигнуты намеченные ориентиры, а также причины существования любых трудностей, которые могут возникнуть на пути осуществления.

Средства правовой защиты и подотчетность

59. Любое лицо или группа лиц, ставшие жертвами нарушения права на здоровье, должны иметь доступ к эффективным судебным или иным надлежащим средствам правовой защиты как на национальном, так и на международном уровнях³⁰. Все жертвы подобных нарушений должны иметь право на адекватное возмещение ущерба в форме реституции, компенсации, сатисфакции или гарантий неповторения. Борьбой с нарушениями права на здоровье должны заниматься национальные уполномоченные и комиссии по правам человека, форумы потребителей, ассоциации по защите прав пациентов или аналогичные учреждения.

60. Включение в национальное законодательство международных договоров, закрепляющих право на здоровье, может значительно расширить охват и повысить эффективность средств правовой защиты и должно неизменно поощряться³¹. Такое включение позволяет судам бороться с нарушениями права на здоровье или, по крайней мере, его основного содержания, непосредственно ссылаясь на вытекающие из Пакта обязательства.

61. Государства-участники должны поощрять судей и других юристов уделять больше внимания нарушениям права на здоровье при исполнении ими своих обязанностей.

62. Государствам-участникам следует уважать, защищать, стимулировать и поддерживать деятельность правозащитников и других представителей гражданского общества, с тем чтобы оказывать уязвимым и социально отчужденным группам помощь в осуществлении ими своего права на здоровье.

V. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СУБЪЕКТОВ, ПОМИМО ГОСУДАРСТВ-УЧАСТНИКОВ

63. Особое значение имеет роль учреждений и программ Организации Объединенных Наций, и в частности ВОЗ, которой поручена основная функция в деле реализации права на здоровье на международном, региональном и национальном уровнях, равно как и ЮНИСЕФ, играющий важную роль в деле осуществления права на здоровье детей. При разработке и осуществлении национальных стратегий охраны здоровья государствам-участникам следует использовать техническую помощь и сотрудничество со стороны ВОЗ. Кроме того, при подготовке своих докладов государствам-участникам следует пользоваться обширной информацией и консультативными услугами ВОЗ в процессе сбора и дезагрегирования данных и определения показателей и ориентиров, касающихся права на здоровье.

64. Кроме того, следует продолжать прилагать скоординированные усилия для осуществления права на здоровье и усиливать взаимодействие между всеми заинтересованными сторонами, включая различные элементы гражданского общества. В соответствии со статьями 22 и 23 Пакта Всемирной организации здравоохранения, Международной организации труда, Программе развития Организации Объединенных Наций, Детскому фонду Организации Объединенных Наций, Фонду Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Всемирному банку, региональным банкам развития, Международному валютному фонду, Всемирной торговой организации и другим соответствующим органам в рамках системы Организации Объединенных Наций следует осуществлять эффективное сотрудничество с государствами-участниками, используя накопленный ими опыт, в процессе осуществления права на здоровье на

национальном уровне, при обеспечении надлежащего учета своих соответствующих мандатов. В частности, международным финансовым учреждениям, в особенности Всемирному банку и Международному валютному фонду, следует уделять повышенное внимание вопросу защиты права на здоровье в своей политике кредитования, заемных соглашениях и программах структурной перестройки. При рассмотрении докладов государств-участников и их возможностей выполнять обязательства по статье 12 Комитет будет рассматривать последствия помощи, оказанной всеми другими сторонами. Использование специализированными учреждениями, программами и органами Организации Объединенных Наций подхода, основанного на учете прав человека, будет значительно содействовать осуществлению права на здоровье. В процессе рассмотрения докладов государств-участников Комитет будет рассматривать также роль профессиональных ассоциаций медработников и других неправительственных организаций в деле выполнения государствами своих обязательств по статье 12.

65. Роль ВОЗ, Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, Международного комитета Красного Креста/Красного Полумесяца и ЮНИСЕФ, а также неправительственных организаций и национальных медицинских ассоциаций имеет особое значение в деле оказания экстренной помощи в связи со стихийными бедствиями и гуманитарной помощи в чрезвычайных ситуациях, в том числе помощи беженцам и внутренним перемещенным лицам. Приоритет в оказании международной медицинской помощи, распределении ресурсов, таких, как безопасная питьевая вода, продукты питания и медикаменты, и их рациональном использовании и в оказании финансовой помощи должен отдаваться наиболее уязвимым и маргинальным группам населения.

- ¹ Например, принцип недискриминации в доступе к учреждениям, товарам и услугам здравоохранения защищен законом в целом ряде национальных правовых систем.
- ² В своей резолюции 1989/11.
- ³ Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, принятые Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 1991 году (резолюция 46/119), и Замечание общего порядка № 5 Комитета о лицах с какой-либо формой инвалидности применяются к лицам с умственными недостатками; в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию, проходившей в Каире в 1994 году, а также в Декларации и Платформе действий четвертой Всемирной конференции по положению женщин, состоявшейся в Пекине в 1995 году, содержатся соответственно определения репродуктивного здоровья и здоровья женщин.
- ⁴ Общая статья 3 Женевских конвенций о защите жертв войны (1949 год); Дополнительный протокол I (1977 год), касающийся защиты жертв международных вооруженных конфликтов, пункт 2 а) статьи 75; Дополнительный протокол II (1977 год), касающийся защиты жертв вооруженных конфликтов немеждународного характера, статья 4 а).
- ⁵ См. WHO Model List of Essential Drugs, revised December 1999, WHO Drug Information, vol. 13, No. 4, 1999.
- ⁶ Если непосредственно не предусмотрено иное, то любое упоминание в настоящем Замечании общего порядка об учреждениях, товарах и услугах здравоохранения включает основополагающие предпосылки здоровья, которые определены в пунктах 11 и 12 а) настоящего Замечания общего порядка.
- ⁷ См. пункты 18 и 19 настоящего Замечания общего порядка.
- ⁸ См. пункт 2 статьи 19 Международного пакта о гражданских и политических правах. В настоящем Замечании общего порядка особый акцент делается на доступ к информации, поскольку этот аспект весьма важен для здоровья.
- ⁹ В литературе и практике, касающихся права на здоровье, нередко различаются три уровня медицинской помощи: *первичная медико-санитарная помощь* обычно предусматривается в случае общих и сравнительно легких заболеваний и оказывается медицинскими работниками и/или врачами-терапевтами на местном уровне за сравнительно небольшую цену; *вторичная медицинская помощь* оказывается в

учреждениях, как правило в больницах, и обычно направлена на лечение сравнительно распространенных незначительных или серьезных заболеваний, с которыми нельзя справиться на местном уровне; она оказывается специализированным медперсоналом и врачами с использованием специального оборудования, иногда стационарно и за сравнительно более высокую цену; *третичная медицинская помощь* оказывается в немногочисленных учреждениях, обычно в случае ряда незначительных или серьезных заболеваний, при которых требуется специализированный медперсонал и врачи и специальное оборудование; она нередко является сравнительно дорогостоящей. Поскольку виды первичной, вторичной и третичной медицинской помощи зачастую пересекаются и нередко взаимодействуют, применение такой классификации не всегда позволяет выявить достаточные разграничительные критерии, позволяющие определить, какие уровни медицинской помощи должны обеспечиваться государствами-участниками, и, таким образом, лишь отчасти способствует нормативному толкованию статьи 12.

¹⁰ По данным ВОЗ, показатель мертворождаемости перестал широко использоваться; вместо него в настоящее время применяются показатели младенческой смертности и детской смертности в возрасте до пяти лет.

¹¹ Термин *дородовой* означает то, что существует или происходит до рождения; термин *перинатальный* относится к периоду непосредственно перед рождением и после него (в медицинской статистике этот период начинается после 28 недель внутриутробной жизни плода и завершается, по различным определениям, через одну-четыре недели после рождения); термин *неонатальный*, напротив, охватывает первые четыре недели после рождения, а термин *послеродовой* относится к событиям после рождения. В настоящем Замечании общего порядка употребляются лишь более общие термины - "дородовой" и "послеродовой".

¹² Репродуктивное здоровье означает, что у женщин и мужчин есть возможность свободно решать вопрос о своем воспроизводстве и его сроках, а также право быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору и право на доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые, например, позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов.

¹³ В этой связи Комитет отмечает Принцип 1 Стокгольмской декларации 1972 года, который гласит: "Человек имеет основное право на свободу, равенство и благоприятные условия жизни в окружающей среде, качество которой позволяет вести достойную и процветающую жизнь", а также недавние события в международном праве, включая резолюцию 45/94 Генеральной Ассамблеи о необходимости обеспечения здоровой

окружающей среды в интересах благосостояния людей; Принцип 1 Рио-де-Жанейрской декларации; и региональные документы по правам человека, например статью 10 Сан-сальвадорского протокола к Американской конвенции о правах человека.

¹⁴ Конвенция № 155 МОТ, пункт 2 статьи 4.

¹⁵ См. выше пункт 12 b) и сноску 8.

¹⁶ Основные обязательства см. в пунктах 43 и 44 настоящего Замечания общего порядка.

¹⁷ Пункт 1 статьи 24 Конвенции о правах ребенка.

¹⁸ См. резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA 47.10 1994 года, озаглавленную "Охрана здоровья матери и ребенка и планирование семьи: традиционная практика, наносящая вред здоровью женщин и детей".

¹⁹ К числу недавно появившихся международных норм, касающихся коренных народов, относятся Конвенция № 169 МОТ о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни в независимых странах (1989 год); пункты с) и d) статьи 29 и статья 30 Конвенции о правах ребенка (1989 год); пункт j) статьи 8 Конвенции о биологическом разнообразии (1992 год), в котором государствам рекомендуется обеспечивать уважение, сохранение и поддержание знаний, нововведений и практики коренных и местных общин; Повестка дня на XXI век Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию (1992 год), в частности ее глава 26; и пункт 20 части I Венской декларации и Программы действий (1993 год), согласно которому государствам следует принимать согласованные позитивные шаги по обеспечению уважения всех прав человека коренных народов на основе недискриминации. См. также преамбулу и статью 3 Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций об изменении климата (1992 год) и пункт 2 e) статьи 10 Конвенции по борьбе с опустыниванием в странах, которые испытывают серьезную засуху или опустынивание, особенно в Африке (1994 год). За последние годы все больше государств внесли поправки в свои конституции и ввели законодательство о признании особых прав коренных народов.

²⁰ См. Замечание общего порядка № 13, пункт 43.

²¹ См. Замечание общего порядка № 3, пункт 9; Замечание общего порядка № 13, пункт 44.

²² См. Замечание общего порядка № 3, пункт 9; Замечание общего порядка № 13, пункт 45.

²³ Согласно Замечаниям общего порядка № 12 и 13 обязательство осуществлять, включать в себя обязательство *содействовать* и обязательство *обеспечивать*. В настоящем Замечании общего порядка обязательство осуществлять также включает в себя обязательство *поощрять* в силу важного значения поощрения здоровья в деятельности, осуществляемой ВОЗ и другими организациями.

²⁴ Резолюция Генеральной Ассамблеи 46/119 (1991).

²⁵ Элементами такой политики являются идентификация, определение и разрешение опасных материалов, оборудования, веществ, агентов и производственных процессов и контроль за ними; предоставление трудящимся информации по вопросам здоровья и обеспечение, при необходимости, адекватной защитной одежды и оборудования; обеспечение осуществления законов и положений посредством проведения адекватных инспекций; требование об уведомлении о несчастных случаях на производстве и заболеваниях, проведение расследований серьезных несчастных случаев и заболеваний и подготовку ежегодных статистических данных; защита трудящихся и их представителей от дисциплинарных мер в связи с исками, возбужденными ими в соответствии с надлежащими процедурами в рамках такой политики; и оказание услуг по охране здоровья трудящихся, носящих прежде всего превентивный характер. См. Конвенцию МОТ № 155 о безопасности и гигиене труда 1981 года и Конвенцию № 161 о службах гигиены труда 1985 года.

²⁶ Статья II Алма-атинской декларации, доклад Международной конференции о первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 6-12 сентября 1978 года, содержащийся в документе Всемирной организации здравоохранения "Здоровье для всех", серия № 1, ВОЗ, Женева, 1978 год.

²⁷ См. пункт 45 настоящего Замечания общего порядка.

²⁸ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.95.XIII.18), глава I, резолюция 1, приложение, главы VII и VIII.

²⁹ Пакт, статья 2.1.

³⁰ Независимо от того, может ли группа лиц как таковая пользоваться средствами правовой защиты в качестве отдельного права обладателя, государства-участники связаны как коллективными, так и индивидуальными обязательствами, предусмотренными статьей 12. Коллективные права имеют решающее значение в области здравоохранения; в современной государственной политике в области здравоохранения делается сильный акцент на профилактической и информационно-пропагандистской работе, которая соответствует подходу, ориентированному прежде всего на группы.

³¹ См. Замечание общего порядка № 2, пункт 9.