

ОРГАНИЗАЦИЯ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

A



Генеральная Ассамблея

Distr.
GENERAL

A/CONF.157/PC/61/Add.8
29 March 1993

RUSSIAN
Original: ENGLISH

ВСЕМИРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА
Подготовительный комитет
Четвертая сессия
Женева, 19-30 апреля 1993 года
Пункт 5 предварительной повестки дня

СОСТОЯНИЕ ПОДГОТОВКИ ПУБЛИКАЦИЙ, ИССЛЕДОВАНИЙ И ДОКУМЕНТАЦИИ
ДЛЯ ВСЕМИРНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Добавление

Документ Всемирной организации здравоохранения

1. Внимание Подготовительного комитета обращается на представленный Всемирной организацией здравоохранения документ "Здоровье как основное право человека и всемирная социальная цель". В первой части документа Всемирная организация здравоохранения излагает свой взгляд на перспективы осуществления международных конвенций по правам человека; во второй части на некоторых примерах деятельности, осуществляющей различными техническими программами, ВОЗ иллюстрирует принципы, изложенные в первой части; эти тематические доклады охватывают следующие области: 1) права пациентов; 2) права психически больных и улучшение медицинской помощи психически больным лицам; 3) права ребенка; 4) права пожилых; 5) права инвалидов; 6) аспекты прав человека применительно к ВИЧ/СПИД; 7) права уязвимых групп и представителей коренных народов; 8) состояние здравоохранения в наименее развитых странах; 9) роль законодательства в области здравоохранения; 10) гуманитарная чрезвычайная помощь в области здравоохранения и права перемещенных народов; 11) равенство в медицинском обслуживании.

2. Кроме того, Всемирная организация здравоохранения представила для информации три документа*, касающиеся проблематики прав человека, а именно: а) заключительный доклад Международной конференции ВОЗ/ФАО по питанию (Рим, декабрь 1992 года), в котором содержится Всемирная декларация по питанию и План действий в области питания; б) доклад "Здравоохранительные аспекты экономической реформы", подготовленный для Международного форума по вопросам здравоохранения: условия для экономического развития (Аккра, 4-6 декабря 1991 года); с) доклад "Призыв к новым действиям в области общественного здравоохранения", который представляет собой доклад Совещания в верхах по вопросам общественного здравоохранения, организованного Всемирной организацией здравоохранения и правительством Сайтамской префектуры в городе Омия (Сайтамская префектура, Япония, 17-20 сентября 1991 года), и в котором содержится Сайтамская декларация.

* С документами на английском, испанском и французском языках можно ознакомиться в Секретariate Всемирной конференции по правам человека.

ЗДОРОВЬЕ КАК ОСНОВНОЕ ПРАВО ЧЕЛОВЕКА И ВСЕМИРНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕЛЬ

Часть первая

1. Цель настоящего доклада состоит в том, чтобы представить Центру по правам человека Организации Объединенных Наций шесть исследований, подготовленных в качестве справочных документов для предстоящей Конференции по правам человека. В нем вначале описываются перспективы осуществления международных пактов по правам человека, а затем излагаются соображения о конкретных правах и вопросах, решаемых в программах ВОЗ. В соответствии со своим Уставом ВОЗ обязана выступать в качестве руководящего и координирующего органа в области международного здравоохранения, с тем чтобы обеспечивать постоянное улучшение состояния здоровья людей и всех народов. Эта центральная задача по достижению целей в области здравоохранения и оказания медицинской помощи позволила ВОЗ рассматривать права человека как составную часть ее стратегий, мер и программ.

1. Право всех людей на здоровье

2. Принятый в 1946 году Устав ВОЗ не только определяет здоровье как состояние "полного физического, душевного и социального благополучия и не только отсутствие болезней и физических дефектов", но также подчеркивает, что "обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения". Спустя два года Всеобщая декларация прав человека, принятая в 1948 году Генеральной Ассамблейой Организации Объединенных Наций, повторила в пункте i) статьи 25, что "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".

3. В мае 1977 года Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA30.43, в которой говорилось, что основной социальной задачей правительств и ВОЗ в предстоящие десятилетия должно быть обеспечение для всех граждан мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести социально и экономически продуктивную жизнь. В 1979 году резолюция WHA30.43 не только подтвердила доклад и Декларацию Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в Алма-Ате в 1978 году, но и предложила государствам-членам разработать национальную политику, стратегии и планы действий на базе первичной медико-санитарной помощи, с тем чтобы обеспечить здоровье для всех к 2000 году.

4. Хотя цель достижения здоровья для всех, а также основная стратегия первичной медико-санитарной помощи по-прежнему остаются в повестке дня, необходимо искать новые ответы в мире, который характеризуется быстро меняющимися политическими, демографическими и социально-экономическими условиями, бедным образом жизни и формами поведения, вынуждающим человечество ликвидировать как старые, так и новые опасности для здоровья человека. Исходя из этого, Генеральный директор ВОЗ д-р Хироши Накадзима разработал новую парадигму для действий в области здравоохранения, с тем чтобы ускорить достижение здоровья во всех государствах-членах и тем самым здоровья для всех людей в мире на всех стадиях их жизненного цикла. В результате анализа положения в области здравоохранения во всем мире и смежных оперативных вопросов были выявлены некоторые основные проблемы, с которыми странам и

международному медицинскому сообществу придется столкнуться в XXI веке. Они, в частности, связаны с соблюдением прав человека, особенно обездоленных групп населения, с улучшением здравоохранения и социальным прогрессом, со всеобщим доступом к медицинскому обслуживанию, с поощрением здоровых форм поведения и образа жизни, включая питание, используя для этого государственную политику для формирования социальной, экономической и материальной среды, с тем чтобы позволить индивидууму и общине делать выбор, оказывающий позитивное влияние на здоровье.

5. Политические, экономические и социальные перемены привели к тому пониманию, что охрана здоровья и экономическое развитие неразрывно связаны друг с другом и что развитие бессмысленно, если не будут расширены возможности выбора людьми, выбора, который позволяет людям вести продолжительную здоровую жизнь, приобретать знания и иметь доступ к ресурсам, необходимым для достойного уровня жизни. Для этого, как подчеркнул Генеральный директор, необходимо уделять больше внимания фундаментальным вопросам прав человека и общества, показателям человеческих потребностей, обеспечению здоровья и качества жизни и использованию ресурсов для всестороннего развития здоровья и личности.

6. Хотя здоровье не потеряло своего значения как важнейшее условие благополучия человека и его развития, цель достижения здоровья для всех требует холистического подхода, охватывающего все секторы, связанные с жизнью человека, включая физическую и социальную среды. Здоровье как основное право человека (и как условие для развития личности) нельзя обеспечить, не уделяя должного внимания постоянно окружающей человека среде, т.е. социальной, политической, экономической и социальной средам, включая, конечно, природу с ее конечными ресурсами.

7. Резолюция WHA39.22 (1986 год) о роли межсекторального сотрудничества в национальных стратегиях достижения здоровья для всех; Аккрайская инициатива в отношении здоровья, принятая на "Международном форуме по вопросам здравоохранения: условия для экономического развития - разорвать цепь нищеты и несправедливости"; доклад Комиссии ВОЗ по вопросам здравоохранения и окружающей среды, подготовленный для Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию (Рио-де-Жанейро, 1-12 июня 1992 года); и технические дискуссии в ходе сорок четвертой Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1991 году, касавшиеся стратегий достижения здоровья для всех в условиях быстрой урбанизации, являются последними примерами стремления ВОЗ обеспечивать руководство в деле обеспечения условий для здоровой жизни и устойчивого развития здоровья на индивидуальном и коллективном уровнях. Эти и другие меры являются важнейшими составными элементами охраны и развития здоровья, т.е. концепции, связанной с синтезом различных видов деятельности, которые наиболее эффективно укрепляют здоровье, если применяются согласованным, последовательным и целенаправленным образом. Состоявшаяся в декабре 1992 года Международная конференция по питанию является важной вехой на пути, который был начат за два года до этой даты во всех странах. Конференция, организованная совместно Продовольственной и сельскохозяйственной Организацией Объединенных Наций и Всемирной организацией здравоохранения, всесторонне обсудила вопросы питания и приняла Всемирную декларацию и План действий, которые лягут в основу дальнейших действий на уровне стран. Этот План действий предусматривает обеспечение надлежащей продовольственной безопасности семей, их здоровья и питания благодаря устойчивому и экологически чистому развитию.

8. Эволюция разработанной ВОЗ концепции здравоохранения подразумевает многие требования, которые влияют на политические, секторальные и профессиональные меры, направленные на обеспечение всем людям возможности быть здоровым, исходя из этого права человека. С одной стороны, в мире ощущается необходимость в осуществлении стратегий, которые обеспечат многим все еще обездоленным людям основные условия для здоровья даже при наличии отрицательных социальных, экономических и прочих условий и, с другой стороны, в разработке широких ориентирующихся на человека концепций, в соответствии с которыми отдельные люди, общины и общество в целом смогут мотивированно и активно действовать в целях укрепления своего здоровья.

2. Цели ВОЗ и Пакт Организации Объединенных Наций в области прав человека

9. Цель достижения здоровья для всех, одобренная коллективно всеми странами по инициативе ВОЗ, относится не только к обеспечению медицинского обслуживания для каждого, но и к медицинскому обслуживанию человека на всем протяжении его жизни от зачатия и до смерти. Это тяжелая и всесторонняя ответственность имеет широкий контекст: она охватывает на протяжении различных стадий жизни доступ к знаниям о том, что такое здоровый образ жизни; доступ к защите от основных опасностей для здоровья, порождаемых прочими факторами, окружающей средой и результатами процесса развития; и, наконец, доступ к надлежащей профилактической, лечебной и реабилитационной медицинской помощи.

10. Как тесно и согласованно цели ВОЗ, изложенные выше, и цели, провозглашенные в Международном пакте по экономическим, социальным и культурным правам, переплетаются между собой, можно проследить в исторической перспективе:

а) В статье 25 Всеобщей декларации прав человека говорится о праве на "жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния [человека] и его семьи...".

б) В статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах признается "право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья" и конкретно упоминаются сокращение детской смертности, здоровое развитие ребенка, улучшение всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности, предупреждение и лечение эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

с) Статья 12 родилась в результате предложения ВОЗ, внесенного в Комиссию по правам человека Организации Объединенных Наций в 1951 году; это предложение шло дальше настоящего текста, поскольку в нем упор делался на i) включение норм медицинского образования и подготовки и обеспечения психического здоровья в пункт 2 статьи 12 и ii) обязанности правительства принимать с этой целью надлежащие социальные и здравоохранительные меры, учитывая должным образом различия в ресурсах и традициях, а также в местных условиях и диспропорциях между странами, находящимися на начальных уровнях развития.

d) Окончательный текст статьи 12 не включает вышеуказанный пункт ii) (хотя принципы лечения психических заболеваний приобрели особое значение в результате успешного участия ВОЗ в их формулировании). Следует признать, что сегодня в условиях динамичного изменения общества, техники и человеческих устремлений статья 12 могла бы выглядеть несколько иначе. Она в большей мере соответствовала бы понятию "здравые для всех" на базе первичной медико-санитарной помощи, т.е. подхода, одобренного в Алма-Ате в 1978 году.

e) Тридцатая Всемирная ассамблея здравоохранения приняла историческую резолюцию, провозглашающую, что основная социальная задача правительства и ВОЗ в предстоящие десятилетия должна заключаться в достижении к 2000 году всеми жителями земли такого уровня здоровья, который позволит им жить продуктивно в социальном и экономическом планах.

f) Действуя в рамках своего уставного мандата в вопросах международного здравоохранения, в частности выполняя задачи руководства и координации (включая достижения технического консенсуса и разработку норм), с одной стороны, и осуществляя техническое сотрудничество, с другой стороны, ВОЗ по-прежнему рассматривает права человека как составную часть своих программ. Ключом к такой интеграции является постоянная задача обеспечения большей социальной справедливости и равноправия во всех странах и для всех народов. Решение этой центральной задачи посредством осуществления программ и мер позволяет ЮНЕСКО предпринимать необходимые действия для осуществления прав человека, изложенных в пактах Организации Объединенных Наций.

11. На нынешней стадии представляется целесообразным подчеркнуть, что традиционные средства применительно к осуществлению конвенций, соглашений, норм и т.д. хотя и предусмотрены в Уставе ВОЗ, практически не использовались применительно к правам человека, как это наблюдается в родственных учреждениях, занимающихся, например, правом на труд. Это различие непосредственно вытекает из характера проблем, стоящих в области здравоохранения. Постольку, поскольку последствия состояния здоровья сказываются на человеке, они носят сложный характер как обязательства государства охранять его здоровье, так и весьма различные (этически значимые) обязательства врачей по отношению к пациентам. Кроме того, сам пациент отвечает за свое здоровье. Эти взаимозависимости носят сложный характер, и их нелегко расположить по порядку значимости. Быстрый научно-технический прогресс, воздействуя на медицинскую практику, еще более осложняет эту проблему. По этим причинам нелегко дать определение праву на здоровье как таковому. ВОЗ разработала подход, основанный на обеспечении консенсуса между государствами-членами в таких вопросах, как цели, ресурсы и услуги, учитывая, что политические и общественные процессы в значительной степени предопределяют решение вопросов здравоохранения.

12. Быстрое успешное развитие биотехнологии требует по-новому подходить к обеспечению прав человека и их защите. Деятельность ВОЗ в области биоэтики осуществляется в тесном сотрудничестве с Советом международных научных медицинских организаций (СМНМО). Среди самых последних примеров такого долгосрочного сотрудничества можно назвать разработку новых международных руководящих принципов этического обзора эпидемиологических исследований, опубликованных в 1991 году, и пересмотр Международных этических руководящих принципов биомедицинских исследований на человеке. Следует также указать, что в 1991 году сорок четвертая Всемирная ассамблея здравоохранения приняла свод руководящих принципов, регламентирующих трансплантацию органов человека, с целью борьбы с торговлей человеческими органами, которая противоречит Всеобщей декларации прав человека и Уставу ВОЗ.

13. Совершенно очевидно, что вопросы прав человека применительно к здоровью вытекают из обеих конвенций, порождая более ориентированные на человека вопросы прав пациента, обязательства врачей и взаимоотношения между врачом и пациентом, а также более широкие вопросы, связанные с равномерной справедливостью и равноправием применительно к группам, лишенным доступа к медицинской помощи. Действительно, эта ситуация является залогом неразделимости и взаимосвязанности гражданских/политических прав и экономических/социальных/культурных прав, на которые часто делаются ссылки. Несмотря на тенденции к плурализму и рыночной экономике, реальные диспропорции в охране здоровья бедного населения порождают еще более глубокую необходимость переосмысления роли правительства в деле обеспечения оптимальной справедливости в области здравоохранения. ВОЗ несет двоякую ответственность:
а) достижение технического консенсуса в отношении мер, которые могут постоянно приниматься всеми странами с разумной опорой на собственные силы и
б) воплощение этого консенсуса в национальных и глобальных программах, которые должны надлежащим образом учитывать весьма различные социальные, экономические и культурные структуры, создавать возможности для максимального проявления международной солидарности и укреплять пути достижения более широких политических обязательств и мобилизации ресурсов в странах.

14. Опыт показал, что при поиске такого осознанного консенсуса конвергенция усилий может иметь место благодаря концентрации усилий на праве доступа к медицинскому обслуживанию. В конечном итоге политические силы решают вопросы макрораспределения средств на общественное здравоохранение и его внутренние приоритеты. Агитация за должный учет фактора равного доступа может быть не только единым объединяющим моментом, но также и средством, позволяющим выявить более технические варианты. Этот процесс зачастую носит исключительно медленный характер. Такие решения распределительного характера на широком национальном уровне должны поддерживаться цепочкой последующих решений о распределении средств на более низких уровнях, где влияние имеет медицинский персонал; и по мере того, как решения будут приниматься на уровнях, более близких к лицам, испытывающим действительную потребность в медицинском обслуживании, на них будут влиять традиционно проверенная практика и ориентация медицинского персонала на соблюдение самостоятельности и уважение достоинства человека. Повышенная способность врачей четко понимать на этой стадии вопросы прав человека каждой личности, тем самым удастся повысить уважение к политическим и гражданским правам. Вместе с тем нет никакого сомнения в том, что окончательное решение может быть достигнуто только в том случае, если общественно-политические процессы смогут обеспечить постепенную интернализацию равно справедливого подхода к вопросам здравоохранения, основанного на том факте, что эти социальные и экономические права, действительно, лежат в основе моральной ценности каждой человеческой личности.

15. Стремясь выполнить свой мандат в отношении быстрого развития здравоохранения во всех странах и состояния здоровья всех народов и не упуская из виду равный доступ к медицинскому обслуживанию на устойчивой основе в качестве решающего элемента стратегии, ВОЗ постоянно рассматривала вопрос об осуществлении права на здоровье как одно из главнейших мобилизующих политических обязательств по достижению цели укрепления технического сотрудничества со странами, создания профессионального консенсуса вокруг стратегии первичной медико-санитарной помощи, требующей межсекторального сотрудничества, участия населения и децентрализации процесса принятия решений и содействия равенству и опоры на собственные силы в ходе осуществления этого процесса.

3. Первичная медико-санитарная помощь как особый подход

16. Одним из основных вкладов ВОЗ в проблематику прав человека является коллективное утверждение цели "Здоровье для всех" и стратегии первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), предусматривающей мобилизацию всех международных и национальных ресурсов. Цель "Здоровье для всех", действительно, была задумана как комплекс стратегий и планов действий, коллективно утвержденных государствами-членами и подлежащих оценке и мониторингу со стороны ВОЗ с использованием разработанных и периодически уточняющихся показателей, позволяющих оценить достигнутые успехи. Такая процедура позволила каждому государству-члену и каждому региону ВОЗ проанализировать свои собственные обстоятельства и определить свои собственные возможности в области здравоохранения, цели и задачи в рамках принципов, одобренных ВОЗ в Алма-Ате. Эволюция подхода к решению задачи "Здоровье для всех" явилась результатом опыта, накопленного в ходе прежних попыток, таких, как санитарно-медицинская помощь с лечебной ориентацией и вертикальными программами, действующими независимо от интегрированных подходов к ПМСП. Ключевой проблемой нынешнего перехода к ПМСП по-прежнему остается создание устойчивой инфраструктуры с надлежащими материальными структурами и функциональным потенциалом, позволяющей поддерживать по мере необходимости все программы, касающиеся как заболеваний, так и восприимчивости к болезням в отдельных странах, поскольку наличие такой функционирующей инфраструктуры является наилучшей гарантией для беднейших регионов и групп иметь доступ к медицинской помощи и минимальным нормам охраны здоровья. Только в таком случае система ПМСП может оценивать проблемы здоровья населения, обеспечивать медико-санитарную помощь лицам, испытывающим в ней особую потребность, и контролировать эффективность программ. Равные возможности и доступ пронизывают всю программу "Здоровье для всех", а ПМСП считается механизмом, позволяющим решить ее.

4. Осуществление положений пункта 2 статьи 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах

17. Чтобы составить представление об усилиях ВОЗ в осуществлении этого Пакта, возможно, было бы целесообразным обратиться к ее программам технического сотрудничества, разработанным на базе стратегии "Здоровье для всех" и концепции первичной медико-санитарной помощи, а не излагать обязательные стандарты и нормы, предусмотренные договорами. Исходя из программ ВОЗ, мы попытаемся показать, насколько были реализованы четыре конкретных положения, изложенных в пункте 2 статьи 12 Пакта.

18. Что касается положений пункта 2 а) статьи 12, то здоровое развитие ребенка всегда было в центре внимания, которое позволило принять всеобъемлющую Конвенцию о правах ребенка. Действительно, в преамбуле Устава ВОЗ особо говорится о медицинской помощи матери и ребенку и о здоровом развитии ребенка и его способности жить гармонично в меняющихся условиях среды. Здоровье ребенка всегда было в центре инициатив и программ благодаря совместному планированию политики ВОЗ/ЮНИСЕФ.

19. В 1981 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Международный свод правил продажи заменителей грудного молока. Внедрение практики кормления детей грудью было успешным во всех частях мира. В 1988 году, учитывая стабильность и масштабы, достигнутые в ходе выполнения расширенной программы иммунизации, была принята задача искоренения во всем мире полиомиелита к 2000 году. В усилиях ВОЗ значительное место отводится программам охраны

здоровья матерей и детей и охраны здоровья в школах. Постоянно изучаются перспективы устойчивой программы и будущего развития вакцинации в качестве части расширенной программы иммунизации; равным образом постоянно изучается вопрос о том, как можно включить иммунизацию в первичную медико-санитарную помощь.

20. Пунктом 2 б) статьи 12 Пакта предусматривается улучшение всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности. Действительно, особый смысл имеет право на защиту всех людей от экологических опасностей, природных или антропогенных. Помимо постоянного внимания к экологическим потребностям первого поколения, влияющим на общественное здравоохранение, таким, как питьевая вода и улучшение санитарных условий, ВОЗ выступила с инициативой создания комиссии по изучению уровня знаний, касающихся воздействия окружающей среды на здоровье, и существующих возможностей. Этот доклад был подготовлен во исполнение положений доклада Брунталд по окружающей среде и стал предлогом для Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию, состоявшейся в Рио-де-Жанейро; аспекты здоровья, порождаемые долгосрочными изменениями окружающей среды, по-прежнему занимают приоритетное место в исследованиях. Однако совершенно очевидно, что отставание в области улучшения санитарных условий и водоснабжения по-прежнему велико в большей части развивающихся стран, причем в области санитарных условий дела обстоят еще хуже. В соответствии со своей нормотворческой ролью ВОЗ разработала нормы качества воды и продолжает активно участвовать в деятельности по глобальному мониторингу окружающей среды. Учитывая последствия ядерной радиации для здоровья в результате чернобыльской аварии, ВОЗ выступила с инициативой создания международного центра по изучению последствий этой аварии; база данных и транспарентный обмен соответствующей информацией будут важным научным вкладом, имеющим большое значение для права людей на жизнь и на защиту от экологических опасностей.

21. Остальные два положения пункта 2 статьи 12 касаются предупреждения и лечения болезней и создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни. Они в своей совокупности лежат в основе традиционных задач и деятельности ВОЗ. В 1977 году Всемирная ассамблея здравоохранения постановила, что главной социальной задачей правительства и ВОЗ должно быть обеспечение для всех жителей мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволил бы им вести продуктивную жизнь в социальном и экономическом планах. В 1978 году Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, состоявшаяся в Алма-Ате, СССР, подтвердила, что первичная медико-санитарная помощь является тем средством, который позволит решить эту задачу.

5. Стратегия по достижению здоровья для всех

22. Тридцать вторая Всемирная ассамблея здравоохранения подтвердила концепцию ПМСП как инструмента использования здоровья в качестве мощного рычага социально-экономического развития мира и достижения цели обеспечения здоровья для всех к 2000 году. В 1981 году государства-члены коллективно приняли Глобальную стратегию по достижению здоровья для всех, основанную на следующих принципах:

Основные принципы, лежащие в основе Стратегии, сводятся к тому, что здоровье является основным правом человека и всемирной социальной целью; здоровье является неотъемлемой частью развития; существующие серьезные диспропорции в состоянии здоровья людей являются общей заботой всех стран и должны быть резко сокращены; люди имеют право и обязанность участвовать на индивидуальной или коллективной основе в планировании и осуществлении своего медицинского обслуживания; правительства несут ответственность за состояние здоровья своих народов; страны должны опираться на собственные силы в вопросах здравоохранения; следует полнее и лучше использовать ресурсы мира для содействия здравоохранению и развитию.

23. Коллективно согласованные цели содержат единые элементы основного медицинского обслуживания, участия населения, соответствующей технологии и межсекторального сотрудничества. Важной чертой этой стратегии является та гибкость, с которой государства-члены могут принимать решения относительно своих собственных стратегий и планов действий на базе коллективно согласованных принципов, являющихся неотъемлемой сутью доступа к медицинскому обслуживанию и его качеству, включая задачи в области профилактики, содействия, лечения и реабилитации. Концепция первичной медико-санитарной помощи, изложенная в докладе Конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ в Алма-Ате, СССР, в 1978 году, явилась прорывом к всемирному движению с целью сократить разрыв между "имущими" и "неимущими", известному во всем мире как "Здоровье для всех к 2000 году".

24. Первичная медико-санитарная помощь является важнейшим элементом охраны здоровья на базе практических, научно обоснованных и социально приемлемых методов и технологий, доступных во всем мире отдельным лицам и их семьям в общинах благодаря их полному участию и по такой стоимости, которую община и страна могут позволить себе. Она является неотъемлемой частью как национальных систем здравоохранения, являясь их центральной функцией и основной задачей, так и общего социально-экономического развития народов.

25. Только что закончена вторая оценка хода осуществления Глобальной стратегии по достижению здоровья для всех к 2000 году. Она показывает, что за последние несколько лет были достигнуты определенные положительные результаты; она также вскрывает, какие диспропорции продолжают существовать, особенно между богатыми и бедными группами населения.

26. Достижение цели обеспечения здоровья для всех к 2000 году требует согласованных усилий со стороны стран при организации своих систем здравоохранения на базе первичной медико-санитарной помощи. Прошлое десятилетие ознаменовалось как немалыми успехами, так и серьезными неудачами. Некоторые страны сохраняют приоритетную приверженность концепции первичной медико-санитарной помощи и могут продемонстрировать успехи в расширении доступности и повышении качества медицинского обслуживания. В других же странах падение жизненного уровня, массовая задолженность и ухудшение качества окружающей среды отрицательно повлияли на медицинские службы и состояние здоровья.

27. Система здравоохранения состоит из взаимосвязанных компонентов, которые содействуют здоровью в жилищах, учебных заведениях, на рабочих местах, в общественных местах и в общинах, а также в физической и психо-социальной среде и в таких связанных со здоровьем секторах, как сельское хозяйство, образование, окружающая среда и т.д. Система здравоохранения обычно

организуется на различных уровнях, начиная с периферийного общинного уровня или первичного уровня медицинского обслуживания, проходя через промежуточный (районный, областной или провинциальный) уровень и кончая центральным уровнем. Одновременно она включает отдельных людей и семьи, проявляющие активную заинтересованность и участвующие в решении своих собственных проблем здоровья, тем самым становясь полноправными членами здравоохранительных групп. Промежуточный и центральный уровни имеют дело с теми элементами системы здравоохранения, за которые они отвечают перед административными организациями страны, и они также последовательно оказывают более комплексную и более специализированную помощь и поддержку. Только посредством такой скоординированной и взаимно укрепляющей организации все члены общества могут реализовать свои основные права на тот объем медицинского обслуживания, который соответствует их потребностям, и могут при необходимости переходить на соответствующие уровни.

6. Диспропорция в системах здравоохранения

28. За десять лет с момента принятия глобальной стратегии Всемирной ассамблеей здравоохранения и за шесть лет с момента ее первой оценки состояние здоровья, измеряемое такими показателями, как средняя продолжительность жизни и детская смертность, улучшилось во всем мире. Однако темпы этого прогресса были явно более медленными в наименее развитых странах, в результате чего диспропорции между развивающимися и наименее развитыми странами в настоящее время оказались еще более широкими, чем десять лет тому назад. Эти диспропорции, будучи дезагрегированными, свидетельствуют о неприемлемых условиях на периферии, где бедные и обездоленные группы населения подвергаются наибольшим рискам.

29. Возможности оказания основной медицинской помощи также расширились во всем мире. И все же миллионы людей не имеют доступа либо к медицинской помощи во всем ее объеме, либо к некоторым ее элементам. Если возможности некоторых элементов помощи расширяются, а других дополнительных элементов остаются прежними, позитивное влияние на состояние здоровья одних может подрываться отсутствием таких возможностей для других. Равным образом, если инфраструктура расширилась, но средства использования этой инфраструктуры по оказанию помощи весьма слабы, нельзя говорить об улучшении здравоохранения. Иными словами, для развития систем здравоохранения на базе оказания первичной медико-санитарной помощи принимаются позитивные меры, но не всегда обязательно во всех инстанциях и в правильной форме.

30. Общей причиной, лежащей в основе ухудшения состояния инфраструктуры, являются плохие экономические показатели развития стран. Наиболее распространенная общая политическая реакция в целях восстановления экономического роста путем ликвидации государственного дефицита во внутренней и внешней торговле зачастую оборачивается непропорционально большими сокращениями расходов на социальные нужды. Лишь в очень немногих странах такая политика позволила восстановить рост; разработка и функционирование систем социальной защищенности для поддержки групп населения, на которых сильнее всего отразились сокращения расходов на социальный сектор, оказались нелегким делом и не всегда были успешными.

31. Пренебрежение инфраструктурами здравоохранения в результате как политики структурной перестройки, так и концентрации в последнее время внимания доноров на отдельных мерах для решения приоритетных проблем, угрожает ныне не только долгосрочным целям достижения здоровья для всех, но и широко признанным стратегиям в достижении этих целей. Эти стратегии включают плуралистический подход к повышению уровня здоровья, при котором укрепленный государственный сектор регулирует и координирует государственные и негосударственные источники финансирования и медицинского обслуживания при более широкой местной автономии и отчетности перед населением.

32. Можно говорить о том, что в деле повышения состояния здоровья - с точки зрения средней продолжительности жизни при рождении и детской смертности - и в уровнях обеспечения различных элементов первичной медико-санитарной помощи достигнуты определенные успехи. Поскольку такие успехи, по-видимому, были более быстрыми в развивающихся, чем в менее развитых странах, диспропорции в состоянии здоровья между развитыми и развивающимися странами, по-видимому, сократились, а между наименее развитыми и другими развивающимися странами увеличились. Наблюдаются также некоторые признаки того, что диспропорции в состоянии здоровья увеличились между некоторыми группами населения внутри некоторых стран. Охват некоторыми элементами первичной медико-санитарной помощи иногда оказывался несбалансированным и извращенным, тем самым оказывая недостаточное воздействие на уровень здоровья.

33. Говоря о будущем, следует иметь в виду, что существуют стратегии, которые необходимы, чтобы сократить разрыв между богатыми и бедными группами населения и обеспечить, чтобы все люди пользовались своим правом на социальную справедливость и равноправие. Режим экономии, вводимый в ответ на экономический спад, должен осуществляться таким образом, чтобы по мере возможности защищать бедные группы населения. Следует сокращать диспропорции в состоянии здоровья и доступа к медицинскому обслуживанию. Зачастую национальные меры характеризуются нежеланием принимать кардинальные решения, которые окажут прямую помощь бедным группам населения или по крайней мере не ухудшат их положение. Зачастую это объясняется отсутствием единой политической базы и серьезной нехваткой ресурсов.

34. ВОЗ в сотрудничестве с другими учреждениями будет по-прежнему играть важную роль в мобилизации информации, знаний и технической поддержки для укрепления систем здравоохранения путем поддержки научных исследований и разработок применительно к конкретным приоритетам каждой страны; путем разработки и использования инструментов, процедур и методологий, а также путем укрепления институциональной основы; путем содействия обмену информацией и опытом, а также путем поощрения партнерских отношений.

7. Принцип справедливости в здравоохранении

35. Соединение концепции справедливости в здравоохранении и права на здоровье позволяет расширить представление о правах человека, что сегодня весьма актуально. На предстоящей Конференции международные учреждения должны серьезно проанализировать вопрос о том, насколько совместимы уважение прав человека и неудовлетворенность основных нужд. Такой анализ не только бы позволил бы уточнить содержание самих прав, но и мог бы оказать благотворное влияние на стратегии для текущего международного десятилетия развития.

36. Понятие "справедливость в здравоохранении" - сложная категория с множеством значений. Его, разумеется, следует отличать от понятия "равенство", которое ассоциируется с устранением различий в результатах, качестве, положении и используемых ресурсах. Отличительной чертой категории справедливости является наличие этического аспекта, который, с одной стороны, позволяет установить нормы поведения и, с другой стороны, наводит на мысль о возможности альтернативных подходов к установлению таких норм. Принцип справедливости в здравоохранении в широком смысле обычно предполагает устранение таких различий, которые не только представляются ненужными и необязательными, но и являются несправедливыми и неоправданными. К этой категории можно отнести различия в уровнях охраны здоровья или качестве жизни, которые охватывают более широкий круг переменных параметров, связанных с социально-экономической сферой или развитием, или различия в обслуживании или доступе к медико-санитарной помощи.

37. Принцип справедливости в здравоохранении предполагает, что каждый человек должен иметь равные возможности для того, чтобы в полной мере использовать потенциал системы здравоохранения в течение какого-то периода времени и на всем протяжении своей жизни. Этот подход может быть реализован лишь в том случае, если руководящим принципом будет оставаться принцип равного доступа к оказываемой медико-санитарной помощи.

8. Целостный подход к праву на здоровье

38. Право на здоровье, относящееся к группе экономических, социальных и культурных прав, закреплено в Пакте об экономических, социальных и культурных правах. Как неоднократно утверждалось, все права, предусмотренные в обоих пактах, должны реализовываться как совокупность взаимосвязанных и неделимых компонентов. Можно сказать, что право на здоровье, рассматриваемое как сложное право, состоит из множества компонентов, каждый из которых сам по себе может приобретать статус права. Действительно, понятия "право на медико-санитарную помощь", "право на социальное обеспечение", "право на надежное обслуживание с помощью функционирующей социальной инфраструктуры" или "право на возмещение ущерба от несправедливых действий" вполне могли бы образовать первый ярус таких компонентов. В свою очередь, каждый из этих компонентов, закрепленных в качестве прав в конституции и законах либо в качестве судебной или административной процедуры в гражданской хартии или другом документе, обычно показывает, на какой конечный результат или процедуру могут рассчитывать граждане при обращении в соответствующие органы. Право на медико-санитарную помощь означает равные возможности для каждого в таких аспектах, как получение надлежащей медицинской помощи и консультаций просветительского характера, профилактика болезней, представляющих опасность для здоровья населения, создание с помощью регулирующих или иных механизмов предпосылок для справедливого распределения ресурсов в системе здравоохранения. В основе права на здоровье всегда лежит прежде всего медицинская помощь. Основное право на медицинское обслуживание и уход полностью согласуются с положениями статьи 12 (2) d) Международного пакта.

39. Осуществление прав на социальное обеспечение, надежное социальное обслуживание и возмещение ущерба от несправедливых действий, несомненно, является общим элементом реализации не только права на здоровье, но и многих других прав. Выбор компонентов при формулировании права на здоровье позволяет определить в каждой относительно узкой сфере деятельности соответствующие показатели прогресса. С помощью регулярного наблюдения тенденций в процессе выполнения этих показателей можно получить данные, свидетельствующие об

эволюционном характере права на здоровье. На практике представление права на здоровье в виде сложной категории позволяет проверить ход его реализации в развитых и развивающихся странах с использованием примерно одинаковых критериев, всегда должным образом учитывая различия в первоначальных базовых уровнях. Для обеспечения этого сфера здравоохранения в целом нуждается в процессах объединения. Объединение вокруг стоящих перед ней целей откроет путь к успеху, и влиятельное движение, возникшее как результат обеспокоенности состоянием реализации прав человека, предусмотренных в обоих пактах, получит всеобщее признание. Права, закрепленные в обоих пактах, должны рассматриваться как единое целое, что позволит гарантировать индивидуальные и коллективные права и ценности.

Часть вторая

1. Права пациентов

39. Подтверждение основных прав человека применительно к здравоохранению, и в частности защита достоинства и индивидуальных особенностей личности пациента, имеет особенно важное значение, поскольку больные из-за своей уязвимости легко становятся жертвами посягательств на их права и чаще других страдают от неувязок и недостатков в работе органов управления социальной сферой и здравоохранением.

40. Различные соображения социального, экономического, культурного, этического и политического характера вызвали появление интереса к более полной проработке и осуществлению прав пациентов. Пропагандируются новые более определенные концепции их прав. В какой-то степени это отражает тот факт, что государства - члены ВОЗ придают первостепенное значение полному осуществлению концепции уважения личности и реализации принципа справедливости в сфере здравоохранения как одной из своих политических целей. Как следствие, в настоящее время больше внимания уделяется, в частности, поощрению индивидуального выбора и возможностям его беспрепятственного осуществления, а также обязанностям по созданию механизмов для обеспечения качества ухода.

41. Изменения в системе здравоохранения, в том числе ее усложнение и - нередко - обюрокрачивание, а также научно-технический прогресс в области медицины и здравоохранения способствовали привлечению внимания к новому аспекту - важности признания права индивидума на самоопределение и необходимости выработки во многих случаях гарантий для обеспечения прав пациентов. Правительства все активнее изучают такие проблемы, как предоставление информации пациенту, осознанное согласие, конфиденциальность и частная жизнь, охрана данных, доступ к медицинским документам, право на медико-санитарную помощь и облегчение страданий, уважение человеческого достоинства, культурных и религиозных ценностей и пригодность институциональных механизмов для рассмотрения жалоб пациентов.

42. В этом смысле специфической отличительной чертой нашего времени является разработка, помимо индивидуального, также и социального аспекта прав пациентов с учетом условий труда и жизни и состояния общественного здравоохранения в широком смысле. Отсюда тенденция к подтверждению права на лечение и уход, достаточную социальную защиту и соответствующую информацию о медицинском обслуживании, иными словами, - права пользоваться достижениями прогресса в области здравоохранения. Нужно учитывать не только изменения в мировоззрении населения, которое стремится стать не просто пользователем, а активным партнером, несущим свою долю ответственности за систему здравоохранения в целом. При таком социально ориентированном подходе необходимо принимать во внимание и рост влияния экономических факторов на политику и управление в области здравоохранения, а также все шире признаваемый факт ограниченности возможностей в предоставлении медико-санитарной помощи вследствие действия лимитирующих факторов в экономике. Отсюда вытекает задача - найти способы ограничения роста расходов без ущерба для основного права населения - права на здоровье - в части обеспечения доступности медицинской помощи и услуг, реализации принципа справедливости в процессе лечения и высокого качества ухода.

43. Другой фактор, оказывающий значительное влияние на признание прав пациентов, связан с самим характером функционирования современной медицины в условиях непрерывно усложняющегося процесса оказания медицинской помощи и стремительных изменений, которые ведут к тому, что система здравоохранения перестает отвечать предъявляемым требованиям. Это, например, относится к организации больничного лечения, при котором пациент сталкивается с суровой и сложной действительностью. Кроме того, для современной медицины обычно бывают характерны чрезмерный бюрократизм и ситуации, в которых возможны конфликты. Императивы управления, или необходимость получения прибыли, могут противоречить интересам пациентов. Несмотря на существование некоторых утверждавшихся принципов уважения пациентов, которые обеспечивают их довольно надежную защиту, бесспорен тот факт, что надежды пользователей не оправдываются. Об этом в значительной мере свидетельствуют многочисленные заявления и жалобы, а также факт появления потребительских ассоциаций и "групп давления", которые выявляют практические трудности в реализации прав пациентов.

44. Наконец, к факторам, способствовавшим новому признанию прав пациентов, безусловно, относится появление "новой биомедицинской этики", или биоэтики, ставящей перед собой цель примирить императивы исследовательской деятельности, необходимой для совершенствования методов лечения, с защитой основных прав и свобод индивидумов, участвующих в научных исследованиях на людях. Концепция биоэтики также способствует формированию позиции отдельных пациентов, а также других лиц, участвующих в принятии важнейших решений о жизни и смерти, которые требуют уважения основных принципов этики.

2. Права психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи

45. 17 декабря 1991 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций одобрила свод принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (резолюция 46/119 от 17 декабря 1991 года). ВОЗ считает эти принципы колоссальным достижением системы Организации Объединенных Наций. Указанные принципы предусматривают всестороннюю защиту этой особо уязвимой группы населения, которая может быть легко подвергнута осуждению. Лица, относящиеся к этой группе, уязвимы вследствие психических нарушений, которые не позволяют им разумно оценивать свои собственные потребности. Из-за своей уязвимости такие люди нередко получают доступ к лечению и услугам в последнюю очередь. Конечно, психически больные люди иногда могут представлять опасность для самих себя и других лиц, однако эта опасность часто преувеличивается. В Принципах предпринята попытка предусмотреть надлежащие гарантии предотвращения этой опасности, причем не без учета того факта, что такие положения обычно нарушаются членами семьи, другими членами общества или государственными властями. Выполнение национальными органами сбалансированных положений данного свода принципов при подготовке внутреннего законодательства и определении процедурных формальностей может обеспечить как осуществление прав психически больных лиц, так и улучшение психиатрической помощи. ВОЗ играла ведущую роль в оказании содействия Комиссии по правам человека в подготовке Принципов. Она, несомненно, могла бы также возглавить работу по их распространению через свою обширную профессионально-контактную сеть в интересах развития национальных систем с должным учетом всех аспектов проблемы.

46. ВОЗ не должна осуществлять контроль за претворением Принципов в жизнь и за любыми возможными нарушениями прав психически больных лиц. Эти функции должны быть соответствующим образом переданы в компетенцию неправительственных групп и других независимых органов. Более того, такие группы и органы должны

образовать свободную от централизованной опеки систему контроля за соблюдением прав человека. К компетенции ВОЗ должно быть отнесено обеспечение технического консультирования органов здравоохранения государств-членов по их просьбе, с тем чтобы они могли изменить практику функционирования их служб с учетом требований Принципов. ВОЗ также могла бы сотрудничать со странами в деле совершенствования в духе Принципов законодательства о психиатрической помощи.

3. Права ребенка

47. В части, касающейся ВОЗ, Конвенция о правах ребенка является документом, который подтверждает правильность определения "здоровья" в Преамбуле Устава ВОЗ. Обеспечивая правовые рамки охраны детей, Конвенция в то же время учитывает конкретные потребности матери, связанные со здоровьем и планированием семьи, а также непосредственные потребности ребенка в плане укрепления здоровья и профилактики болезней. Упоминание о здоровье матери в контексте прав ребенка свидетельствует о признании социальных, психологических и биологических связей между матерью и ребенком. Право детей на медико-санитарную помощь не ограничивается доступом к медицинским профилактическим и лечебным технологиям, лекарствам и т.д. Для осуществления права ребенка на здоровье требуется выполнение многих других положений Конвенции. В частности, необходимо обеспечивать, чтобы интересы здоровья не ставились под угрозу и не игнорировались при осуществлении деятельности в других секторах - при разработке проектов, подготовке мероприятий или законодательных и нормативных актов. ВОЗ активно выполняет свои функции по оказанию государствам - участникам Конвенции помощи в реализации и поддержке прав, связанных со здоровьем, которые предусмотрены в статье 24 Конвенции. Действительно, достижение прогресса в этой области является одной из задач ВОЗ в процессе контроля за ходом реализации целей Стратегии "Здоровье для всех". Во взаимодействии с ЮНИСЕФ и Международной педиатрической ассоциацией и другими неправительственными организациями ВОЗ активно пропагандирует и поддерживает процесс ратификации, имплементации и осуществления контроля за выполнением Конвенции.

48. Дети, находящиеся в уязвимом и трудном положении, дети улицы и дети, труд которых подвергается эксплуатации, имеют особые медико-санитарные потребности, которые не могут быть легко удовлетворены с помощью существующих структур системы здравоохранения. Еще сложнее удовлетворить потребности детей, живущих в условиях гражданских конфликтов. Вместе с другими признанными гуманитарными организациями и учреждениями ВОЗ участвует в подготовке и координации программ по оказанию чрезвычайной помощи таким детям.

49. Наблюдения выявили значительные успехи в работе по расширению охвата детей мероприятиями по иммунизации. В то же время ВОЗ знает о сохраняющихся значительных различиях в материальном положении, особенно в Африке, где за последние 5 лет повысилась смертность при родах и увеличилось число рожденных детей, матери которых в период беременности не получали достаточного питания.

50. Научная информация о неблагоприятном влиянии детского труда на здоровье ребенка ограничена. Для подавляющего большинства случаев использования труда характерно отсутствие научной документации с описанием важных особенностей детского труда, с которыми могут быть связаны последствия для здоровья ребенка. Это касается, например, таких аспектов, как "переходный возраст", когда ребенок в большей мере подвержен опасности в процессе труда,

продолжительность труда при использовании тех или иных его форм, виды работ, причиняющие вред здоровью ребенка. В этой области должна быть проведена гораздо более обширная работа.

51. С 1980 года ВОЗ участвует в мероприятиях программы действий в области детского труда, связанных с научными исследованиями, подготовкой кадров и развитием. При этом преследуются следующие цели: а) определить возможные последствия детского труда для здоровья; б) выработать рекомендации для соответствующих межсекторальных действий; и с) содействовать расширению сотрудничества между отдельными лицами и группами, занимающимися проблемами детского труда и его влияния на здоровье, в том числе оказывать техническую помощь. Следует особо упомянуть о Межучрежденческой целевой группе, которая вновь начинает проводить активную работу. В ее состав входят Международное движение в защиту детей, МОТ, Международное общество по предупреждению жестокого и небрежного обращения с детьми, ЮНИСЕФ и ВОЗ. ВОЗ намерена продолжать оказывать техническую помощь и распространять информацию о взаимосвязях между детским трудом и здоровьем. Она намерена вести пропагандистскую работу и оказывать содействие в осуществлении межсекторальных программ действий в тесном сотрудничестве с другими учреждениями и неправительственными организациями.

4. Права пожилых людей

52. Ряд проблем в сфере прав человека, связанных с оказанием помощи пожилым людям, изложены в Преамбуле Международного плана действий по проблемам старения и связанных с ним мероприятий. Этот план был принят на Всемирной ассамблее по проблемам старения, проходившей с 26 июля по 6 августа 1992 года в Вене. В настоящее время он является главным международным документом, который служит руководством при выработке политики и программ в этой области.

53. Пожилые люди, к числу которых по определению, принятому в 1991 году Бюро по проведению переписей, управлению экономикой и статистикой Департамента торговли США, относятся лица в возрасте 60 лет и старше, в настоящее время составляют 17-23% от общей численности населения в большинстве развитых стран и 5-10% - в развивающихся странах (в ряде развивающихся стран их доля выше). Весьма примечателен тот факт, что эта часть населения мира растет наиболее быстрыми темпами, причем наибольший прирост приходится на развивающиеся страны (здесь он значительно выше, чем в других странах). Например, по прогнозам Голини и Лори (работа "Aging", 2: 319-336, 1990), доля населения в возрасте 65 лет и старше к 2025 году должна увеличиться втрое в Китае и вчетверо - в Республике Корея и Малайзии.

54. Пожилые люди пользуются специфическими правами человека, которые не были конкретно рассмотрены во Всеобщей декларации прав человека 1948 года и других соответствующих договорах по правам человека. Действительно, в отличие от других групп меньшинств, например инвалидов, беженцев и этнических меньшинств, которые остаются отдельной группой на всем протяжении жизни, пожилые люди образуют меньшинство, к которому надеется присоединиться все человечество. Различные формы дискриминации пожилых людей при оказании медицинской помощи могут иметь следствием неправильные диагнозы, неадекватное лечение и помещение без необходимости в лечебные учреждения. Обеспечить здоровье и благополучие пожилых людей можно лишь за счет более глубокого понимания трудноразличимых последствий всех форм дискриминации по признаку возраста во всех возможных сферах.

55. Особо следует упомянуть о двух важных документах. Рекомендация МОТ о пожилых тружениках (Рекомендация № 162, 1980 год) посвящена правам всех тружеников, которые из-за пожилого возраста могут столкнуться с особыми трудностями при трудоустройстве и в профессиональной деятельности. Этот документ имеет особое значение, поскольку пожилые люди не являются однородной группой с точки зрения уровня физического и психического здоровья. Второй документ – это резолюция 46/91 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, которая была принята 16 декабря 1991 года и в которой излагаются "Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей". В последнем документе определены 18 главных принципов, касающихся таких аспектов, как независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала и достоинство. Например, в положениях резолюции, касающихся ухода за пожилыми людьми, подчеркивается, что они имеют право на поддержку со стороны семьи, на медицинскую помощь, на пользование основными правами человека, а также право на уважение их достоинства при нахождении в лечебном или попечительском учреждении. Для осуществления Принципов необходимо выработать руководящие положения. ВОЗ намерена в полной мере участвовать в их разработке.

5. Права инвалидов

56. ВОЗ содействует реализации прав лиц с физическими недостатками посредством осуществления их реабилитации на общинной основе, - стратегии, направленной на обеспечение таких условий, при которых реабилитация будет для инвалидов так же доступна, как и медицинские услуги для всех членов общества. Реабилитация на общинной основе включает в себя передачу инвалидам, их семьям и общинам знаний и умений, связанных с реабилитационной деятельностью, а также интеграцию детей-инвалидов в школьную деятельность, а взрослых - в социальные структуры общины. Для реабилитации на общинной основе требуется многосекторальная поддержка, и в частности в таких областях, как здравоохранение, просвещение, труд и социальное обслуживание. ВОЗ по-прежнему привержена идее сотрудничества с другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций, правительствами и неправительственными организациями в деле содействия более широкому применению методов социальной реабилитации на общинной основе и оказания необходимых вспомогательных услуг.

6. ВИЧ/СПИД: аспекты, связанные с правами человека

A. Защита прав человека и глобальная стратегия предупреждения СПИДа

57. В мае 1992 года сорок пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения одобрила обновленный, расширенный и уточненный вариант глобальной стратегии предупреждения СПИДа и борьбы с ним. В нем определен новый курс для всех участников глобальных усилий по борьбе со СПИДом на ближайшие годы. В Стратегии изложены известные своей эффективностью этически и технически рациональные подходы к решению новых проблем, обусловленных пандемией этой болезни: уделение повышенного внимания оказанию соответствующей помощи; совершенствование лечения других болезней, передаваемых половым путем; обращение большего внимания на предупреждение ВИЧ-инфекции посредством улучшения здоровья, образования и статуса женщин; создание социальной среды, способной оказывать большую поддержку профилактическим программам; упреждающее планирование социально-экономических последствий пандемии; больший акцент на представляющие опасность для общественного здравоохранения случаи осуждения и дискриминации. Три основные цели Стратегии совпадают с целями первоначального варианта Стратегии (1987 год): а) предупреждение ВИЧ-инфекции; б) уменьшение индивидуальных и общественных последствий ВИЧ-инфекции; и с) мобилизация и объединение национальных и международных усилий по борьбе со СПИДом.

58. Осуществляя эту стратегию, Глобальная программа ВОЗ по предупреждению СПИДа продолжает работу по объединению и мобилизации международных усилий в сфере прав человека и ВИЧ/СПИД. Например, Глобальная программа участвовала в международных конференциях по проблемам ВИЧ/СПИДа, организовывала семинары по этой теме или оказывала поддержку в их проведении, сотрудничала с Центром Организации Объединенных Наций по правам человека и другими учреждениями Организации Объединенных Наций, проводила пропагандистскую работу среди правительств, поддерживала и финансировала неправительственные организации, а также финансировала ряд исследований по аспектам СПИДа, связанным с правами человека. На международных и национальных конференциях Глобальная программа продолжала проводить работу по обеспечению того, чтобы вопрос о содействии осуществлению прав человека применительно к ВИЧ-инфицированным лицам и больным СПИДом оставался в международной и национальной повестках дня.

В резолюции WHA41.24, принятой в мае 1988 года на сорок первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, содержался призыв в адрес ВОЗ принять все

необходимые меры для пропаганды идеи защиты прав и достоинства лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом. В рамках реализации целей Глобальной программы, связанных с пропагандистской работой, ВОЗ приняла решение не организовывать самостоятельно или совместно с другими и не поддерживать финансово международные конференции или совещания по проблемам СПИДа в странах, установивших конкретные кратковременные ограничения на передвижение лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом.

59. Что касается просветительской работы, то Глобальная программа организует для персонала штаб-квартиры в Женеве программы обучения по аспектам, связанным с правами человека, и планирует проводить аналогичные семинары для сотрудников ВОЗ в шести региональных подразделениях Организации. Кроме того, она провела ряд консультаций по аспектам ВИЧ/СПИДа, связанным с правами человека, в том числе по таким проблемам, как кратковременные ограничения на передвижение; работа в пенитенциарных учреждениях и проведение тестов. Глобальная программа также оказывает поддержку Отделу ВОЗ по санитарному законодательству, который на регулярной основе подготавливает в форме таблиц обзоры законодательства, касающегося ВИЧ/СПИДа (см. "Tabular Information on Legal Instruments Dealing with HIV Infection and AIDS" (WHO/GPA/HLE/92.1, June 1992); обновленное издание намечено выпустить в июне 1993 года). Рассматривается вопрос о создании других баз данных по ВИЧ/СПИДу и правам человека.

60. Что касается сотрудничества с международными организациями, то Глобальная программа осуществляет тесное взаимодействие с другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций, занимающимися проблемами прав человека, включая Центр Организации Объединенных Наций по правам человека, МОТ, УВКБ и ПРООН.

61. В рамках пропагандистской работы среди правительств ВОЗ обеспечивает техническое сотрудничество, обсуждает предлагаемое и действующее законодательство и отвечает на просьбы правительств о предоставлении информации по правам человека и законодательным и нормативным актам, касающимся ВИЧ/СПИДа. Она разрабатывает курс обучения для подготовки руководителей программ по борьбе со СПИДом (т.е. должностных лиц правительств, выполняющих координационную функцию в борьбе со СПИДом на национальном уровне). Один из компонентов этого курса будет посвящен изучению проблемы пропаганды прав человека. Кроме того, Глобальная программа проводит анализ подготовленных правительствами среднесрочных планов в целях обеспечения реализации прав человека. Наконец, Глобальная программа сотрудничает с неправительственными организациями. Она финансирует и продолжает финансировать работу неправительственных организаций в области прав человека и регулярно отвечает на запросы неправительственных организаций по аспектам ВИЧ/СПИДа, связанным с правами человека.

В. Предполагаемая деятельность

62. Масштабы распространения СПИДа продолжают расширяться. С пандемией этой болезни связаны негативные последствия дискриминации, накладывающие глубокий отпечаток на отдельных людей и общество в целом. Надлежащей политикой в области общественного здравоохранения является политика недискриминации. К счастью, значительную позитивную роль в предотвращении дискриминации лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом, может сыграть постоянная эффективная пропагандистская работа. Можно утверждать, что успех в кампании по борьбе со СПИДом будет в значительной мере измеряться тем, насколько хорошо правительства стран мира будут осуществлять на практике политику недискриминации.

63. Дискриминация лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом, продолжает оставаться одним из серьезнейших препятствий в работе по предупреждению ВИЧ-инфекции и обеспечению ухода за лицами, больными СПИДом, а также тормозит усилия по ограничению индивидуальных и социальных последствий ВИЧ-инфекции и СПИДа.

64. Деятельность Глобальной программы в области прав человека строится на прежних достижениях, к которым относятся: создание всемирной информационной сети совместного пользования с центральным банком информации о ВИЧ-инфицированных лицах, чьи права человека были нарушены; распространение руководящих положений по ВИЧ/СПИДу в тюрьмах; сбор документации по правовым актам, касающимся ВИЧ/СПИДа; сотрудничество с другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций, работающими в области прав человека; поддержание и расширение существующего фонда справочных документов и базы данных по аспектам ВИЧ/СПИДа, связанным с правами человека; подготовка других оперативных и учебных материалов в этой области; подготовка лиц, принимающих на национальном уровне важнейшие решения (например, руководителей программ по борьбе со СПИДом, должностных лиц правительств и неправительственных организаций) по проблемам дискриминации лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом (при их подготовке основной акцент делается на значении и роли пропаганды прав человека в достижении конкретных целей общественного здравоохранения в рамках борьбы со СПИДом).

65. Глобальная программа продолжает проводить (в сотрудничестве с Организацией Объединенных Наций и другими специализированными учреждениями) совещания и консультации в целях разработки и формулирования стандартов и норм, которые могут стать основой прогресса в достижении целей в области прав человека и недопущения дискриминационной практики. Сюда относятся политика, руководящие положения и нормы, касающиеся ВИЧ/СПИДа и прав человека, в тех областях, где дискриминационная практика оборачивается значительными последствиями (например, международные поездки и миграция, взаимоотношения на рабочем месте), а также в других сферах, которые надлежит определить.

7. Права уязвимых групп и коренных народов

66. Цель стратегии по достижению здоровья для всех к 2000 году в конечном счете связана с обездоленными. Следовательно, для достижения этой цели крайне важно определить группы обездоленных в каждой стране независимо от того, является она развитой или развивающейся; этой стратегией должны быть охвачены те, кто в настоящее время не относится к категории лиц, обозначенных словом "все", с тем чтобы как можно скорее включить их в эту категорию, по крайней мере, до 2000 года.

67. К числу лиц, которые считаются обездоленными с точки зрения здоровья, относятся следующие группы населения: инвалиды, безработные, сезонные рабочие, представители низших каст, представители коренных народов, бездомные, семьи без одного из родителей, мигранты, многодетные семьи, группы населения, проживающие в отдаленных районах страны, к которым затруднен доступ, сироты и беспризорные дети, а также неграмотные лица. Представители многих из этих обездоленных групп, разумеется, могут быть отнесены сразу к нескольким группам.

68. Тот факт, что между уровнями здоровья существуют значительные различия, вызывает озабоченность по некоторым причинам. Во-первых, в целом достигнут существенный прогресс в области улучшения здоровья. Во-вторых, лишь немногие страны располагают достаточно полными и надежными данными о состоянии здоровья

социально и экономически обездоленных групп, которые можно было бы использовать для наблюдения за изменением тенденций. В-третьих, в тех немногочисленных случаях, когда такие данные имеются, становится очевидно, что несоответствия являются устойчивыми или даже возрастают. Одной из основных целей стран - членов ВОЗ, находящихся в европейском регионе, а именно: уменьшения к 2000 году, по крайней мере на 25%, фактического несоответствия уровней здоровья между странами, а также между различными группами населения в странах посредством повышения уровня здоровья обездоленных стран и групп населения, достичь не удается. Скорее наоборот: сопоставление уровней здоровья в различных странах свидетельствует о возрастающем разрыве между, с одной стороны, северо-западной, и с другой - центральной и восточной Европой; южная Европа в большинстве случаев занимает промежуточное положение. Задача грядущих десятилетий состоит в сокращении в максимальной степени этого разрыва, возможно до того уровня, который существовал в начале 70-х годов. Еще один пример приведен Соединенным Королевством, где в опубликованном в 1992 году докладе Блэка, озаглавленном "Несоответствие уровней здоровья", сделан вывод о том, что за 20-летний период, прошедший с 1950 по 1970 годы, сравнительные различия в смертности, с одной стороны, неквалифицированных работников физического труда и с другой - квалифицированных работников и работников руководящего звена, не только не уменьшились, но и в некоторых случаях фактически увеличились.

69. Четвертая причина - это наблюдающаяся в настоящее время инертность в отношении проведения коренных преобразований в целях повышения уровня здоровья обездоленных. Несмотря на то что подлинные причины различий точно не известны, имеется достаточно информации для того, чтобы улучшить положение в тех случаях, когда речь идет, главным образом, о недостатке политической воли. Исследования, проведенные в развитых странах, показывают, что излишне высокий уровень смертности обусловлен несчастными случаями, сердечно-сосудистыми заболеваниями и вредными для здоровья условиями жизни и работы; в связи с этими факторами может быть предпринят ряд конкретных профилактических мер. В развивающихся странах вышеупомянутые несоответствия объясняются распространением болезней, которые можно без труда предупредить (включая недостаточность питания, инфекционные болезни и проблемы, связанные с беременностью). Над многими из этих стран нависла двойная угроза в том смысле, что им приходится нести бремя неинфекционных болезней, а их усилия по борьбе с инфекционными болезнями явно не достаточны. Несмотря на эти важные факторы, проведение социальной политики на справедливой основе и преодоление "переходного периода в области здравоохранения", включая резкое снижение уровня заболеваемости и смертности с высокого до устойчивого, достаточно низкого, представляется возможным и имело место в ряде таких стран с низким ВНП, как Шри-Ланка.

70. В силу статьи 20 Конвенции МОТ № 107 (Конвенции о защите и интеграции коренного и другого населения, ведущего племенной и полуплеменной образ жизни, в независимых странах) на правительствах лежит обязанность обеспечить заинтересованное население надлежащей системой здравоохранения. ВОЗ постоянно сообщает о своей позиции в отношении этих положений и отмечает, что они соответствуют Уставу самой ВОЗ.

71. С приближением 2000 года необходимость разработки новых стратегий улучшения здоровья обездоленных становится все более настоятельной. Эти стратегии должны предусматривать выполнение следующих задач: преодоление энергии, организация широкомасштабной межотраслевой деятельности, установление целей, обеспечение участия общественности и получение необходимых

знаний в процессе практической деятельности. Смысл каждой из этих стратегий для развитых и развивающихся стран неоднозначен. Стратегии должны быть направлены главным образом на преодоление культурных и индивидуальных финансовых препятствий на пути к получению медико-санитарной помощи (в рамках существующей инфраструктуры), пропаганду здорового образа жизни и достижение более справедливого распределения ресурсов. Для нахождения новых способов решения наболевших проблем, связанных с потребностями и правами уязвимых групп и коренных народов, необходима поддержка развитых стран. На уровне отдельных стран под этим подразумевается готовность признать проблемы и приступить к активному поиску данных для их эпидемиологического освещения, а также политическая воля в отношении разработки стратегий и политики, обеспечивающих, по крайней мере, минимальный уровень доходов и занятости. Сектор здравоохранения нуждается в содействии и поддержке таких широкомасштабных подходов и инициатив, которые в полной мере соответствуют задачам, поставленным перед этим сектором.

72. Предстоит решить ряд проблем. В нынешних условиях, характеризующихся рядом международных и национальных политических конфликтов, в которые вовлечены национальные меньшинства, определение целей, связанных с повышением уровня здоровья представителей уязвимых групп и коренных народов, по-видимому, сопряжено с политическими проблемами. Проблему может создать уже само применение термина "обездоленные". Независимо от того, какой термин будет использован - этот или другой, - он должен вызывать заинтересованность и стимулировать принятие неотложных мер в рамках мероприятий по достижению здоровья для всех. При решении задачи, связанной с повышением уровня здоровья представителей уязвимых групп и коренных народов, будут неизбежно высказываться обоснованные и временами противоречивые мнения относительно того, каким образом следует решать эту задачу, и проявляться заинтересованность в сохранении нынешней ситуации. Таким образом, по сравнению с прошлым, положение системы здравоохранения, по всей видимости, станет несколько менее стабильным.

8. Состояние здоровья населения наименее развитых стран

73. В качестве одной из мер по выполнению решений второй Конференции Организации Объединенных Наций по наименее развитым странам (Париж, 3-14 сентября 1990 года) ВОЗ предложила использовать комплексный подход при рассмотрении проблем, связанных с неизменно неблагоприятным состоянием здоровья населения наименее развитых стран (НРС). Это соответствует положениям Алма-Атинской декларации в том смысле, что международная солидарность в борьбе с болезнями, а также с факторами, обусловливающими ухудшение состояния здоровья в одном отдельно взятом районе мира, важна для всех стран.

74. В НРС все социально-экономические показатели, и в частности показатели, касающиеся здоровья, вызывают тревогу: средняя продолжительность жизни составляет менее 50 лет по сравнению с 74 годами в развитых странах; из 1 000 детей в первый год жизни умирает 150 по сравнению с 15 в промышленно развитых странах. Всего лишь в двух случаях из пяти роды принимают лица, имеющие надлежащую медицинскую квалификацию. Следовательно, не вызывает удивления тот факт, что при таких обстоятельствах в развивающихся странах при родах ежегодно умирает около 500 000 женщин. Кроме того, существенное негативное воздействие может оказывать СПИД; это заболевание непосредственно связано с бедностью и невежеством. Из общего числа лиц, инфицированных ВИЧ, которых в мире, по оценкам, 11-13 миллионов, по крайней мере, половина

приходится на НРС. Это означает, что примерно из каждого 80 взрослых жителей этих стран один человек инфицирован ВИЧ. В НРС Африки это соотношение составляет приблизительно один к сорока.

75. Не следует скрывать тот факт, что НРС пока не удалось удовлетворить основные потребности своего населения в здравоохранении. За период 80-х годов спрос на медико-санитарную помощь в этих странах возрос, а предложение медико-санитарных услуг на практике сократилось. ВОЗ считает такое соотношение неприемлемым. По мнению этой Организации, для нормализации положения в этой области в секторах здравоохранения НРС до конца нынешнего столетия должны быть осуществлены крупные капиталовложения.

76. Программа первичной медико-санитарной помощи по-прежнему является оптимальным средством обеспечения прогресса в НРС на пути к достижению цели "здравье для всех", однако для ее реализации требуется твердая приверженность со стороны политических лидеров самого высокого уровня делу устранения социальной несправедливости. Но как эти страны могут надеяться на развитие первичной медико-санитарной помощи, если три четверти средств, выделяемых на здравоохранение, расходуются на больницы в городах, которыми пользуется лишь весьма незначительная часть населения? Осознавая трудности и препятствия, с которыми сталкиваются НРС на пути к эффективному обеспечению первичной медико-санитарной помощи, ВОЗ выступила с новой инициативой, направленной на концентрацию усилий на странах и группах населения, которые в наибольшей степени нуждаются в такой помощи. Цель заключается в совершенствовании интеграции и координации программ ВОЗ на уровне страны и в проведении мероприятий, которые в большей степени соответствовали бы первоочередным задачам национального здравоохранения. Особое внимание уделено необходимости оказать помощь этим странам в укреплении их возможностей в связи с решением аналитических, управлеченческих, экономических и финансовых задач, предусматриваемых стратегиями здравоохранения.

77. Этот новый подход ВОЗ предполагает готовность национальных органов власти занять новую, реалистичную позицию в отношении своих первоочередных задач в области здравоохранения и своих ресурсов. В условиях более тесного сотрудничества разработка национальными органами власти рациональных, реалистичных и последовательных планов развития системы здравоохранения с учетом имеющихся в настоящее время ресурсов позволяет создать логическую основу для более эффективного использования этих ресурсов в целях развития страны.

78. ВОЗ уже всесторонне проанализировала положение в 23 странах, включая 18 НРС, и заключила технические и финансовые соглашения с такими странами, как: Гвинея, Гвинея-Бисау, Джибути, Йемен, Малави, Непал, Судан, Центральноафриканская Республика и Чад. Предпринимаются усилия по активизации в краткосрочной перспективе борьбы с некоторыми болезнями (менингит, малярия, туберкулез и проказа), по преодолению проблем, связанных с недостаточными поставками оборудования и основных лекарственных средств, а также по предоставлению в распоряжение правительства экспертов для решения неотложных технических проблем. Среднесрочная и долгосрочная цель состоит в согласовании мероприятий, в тщательном исследовании и укреплении сектора здравоохранения в рамках национальной экономики и в стимулировании самостоятельного экономического развития страны.

79. ВОЗ убеждена в том, что только таким образом можно решить проблему сохранения в НРС недопустимо высоких уровней смертности и болезней, которых можно избежать. ВОЗ не может примириться с сохранением этой проблемы, поскольку она сводит на нет усилия по "достижению всеми народами возможно высшего уровня здоровья", что является уставной целью этой Организации. Следовательно, международное сообщество должно принять более масштабные обязательства по мобилизации добровольных усилий и активизации сотрудничества, что позволит вырваться из "порочного круга болезней и нищеты" и создать условия для "укрепления системы здравоохранения и развития".

9. Роль санитарного законодательства

80. Санитарное законодательство, по крайней мере в развитых странах, играет существенную роль в укреплении здоровья населения. Автор редакционной статьи, опубликованной около 15 лет тому назад в одном из наиболее известных медицинских журналов, отмечал:

"Санитарное законодательство и связанные с ним меры, по-видимому, сыграли более значительную роль, чем все достижения научной медицины, в обеспечении благополучия населения Великобритании и большинства других стран" ("Лансест", 2, 1978 год).

Термину "благополучие", разумеется, должно быть дано такое же комплексное толкование, что и в первом из принципов (сформулированных в преамбуле к Уставу ВОЗ), являющихся "основными для счастья, гармоничных отношений между всеми народами и для их безопасности". Поддается ли качественной оценке данная роль "законодательства и других мер"? А как же насчет тех "немногих стран", на которые явно намекал автор редакционной статьи? Существуют ли внутренние или внешние факторы, не позволяющие санитарному и связанному с ним законодательству играть положенную ему роль в деле укрепления здоровья всего населения и отдельных его представителей? Это - лишь некоторые из вопросов, заслуживающих тщательного рассмотрения учеными, изучающими проблемы прав человека, совместно с руководством сектора общественного здравоохранения, специалистами в области этики, исследователями проблем нравственности и другими лицами.

81. Несколько известно, в современных программах обучения медицинских работников большинства стран, как правило, отводится незначительное место обсуждению этических проблем и изучению литературы по вопросам этики и еще в меньшей степени - ознакомлению с правами человека, закрепленными в Международном билле о правах человека и в других международных и региональных документах по правам человека. Таким образом, практикующим врачам, как правило, не известны имеющие отношение к здравоохранению права человека, которые предоставлены их пациентам или в целом населению, которое они обслуживают. Например, разве многие врачи ознакомлены с положения пункта 16 Тегеранского заявления, несмотря на всю его важность для охраны здоровья семьи и ребенка во всем мире? Разве многим из них известно, что Международная конференция по правам человека, проведенная в Тегеране 22 апреля - 13 мая 1968 года, настоятельно призывала "все народы и правительства... удвоить усилия в целях обеспечения всем людям жизни... содействующей расцвету физических, умственных и духовных способностей человека и его социальному благосостоянию" (эта формулировка в особенностиозвучна определению "здравоохранения", закрепленному в Уставе ВОЗ)? Разве большое значение имеет для лиц, ответственных за проведение политики в области здравоохранения в развитых и развивающихся странах, статья 12 Международного пакта об экономических,

социальных и культурных правах? Данное несоответствие, по-видимому, можно было бы в некоторой степени исправить, если заинтересованные организации предприняли бы усилия по разработке пособия по вопросам включения в программу обучения медицинских работников учебного курса по философии и принципам прав человека, касающихся здоровья человека в самом широком смысле этого слова. (Важная начальная работа в этом отношении была проделана Советом Европы и Международным научно-исследовательским институтом по правам человека, находящимся в Триесте. См., например, *Le Médecin Face aux Droits de l'Homme. CEDAM, Padua, Italy, 1990.*) Наряду с этим пособием следовало бы подготовить еще один документ, содержащий рекомендации для членов законодательных органов и руководящего звена сектора здравоохранения о том, каким образом преобразовать эти принципы в подробно разработанное санитарное законодательство в соответствии со стратегией ВОЗ "Здоровье для всех" и в то же время - с идеями Рене Кассана, Элеаноры Рузвельт и других авторов современной концепции прав человека.

82. Некоторые могут возразить, что сам текст статьи 12 устарел и что он отражает преобладавшую в то время повсеместно философию здоровья. Он противоречит (например) тексту значительно более прогрессивного и справедливого Сальвадорского протокола от 1988 года к Пакту Сан-Хосе (Организации американских государств). Нереально было бы требовать пересмотра статьи 12, с тем чтобы обеспечить ее соответствие с так называемыми философскими принципами Алма-Аты (города в Казахстане, в котором в сентябре 1978 года состоялась Международная конференция в ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи) и с возникающей новой системой здравоохранения, разрабатываемой под руководством ВОЗ. Более реальной альтернативой стала бы, по-видимому, подготовка научного руководства по осуществлению статьи 12 (возможно, вместе со статьей 25 Всеобщей декларации прав человека) с учетом современных подходов к здравоохранению и к проблемам здравоохранения (а также к связанным с ними экологическим проблемам), с которыми, вероятно, столкнется общество в XXI веке.

83. Как отмечалось выше, в редакционной статье "Лансета" четко обозначены две группы стран: страны, где санитарное законодательство в значительной степени способствовало улучшению здоровья населения, и страны, где оно не способствовало достижению такого результата (по крайней мере, по состоянию на 1968 год). Если это действительно так, то можно ли, во-первых, определить и, во-вторых, устраниТЬ при помощи усилий работников здравоохранения всего мира причины, обуславливающие данное несоответствие? Следует ли винить в этом все еще преобладающее законодательство, унаследованное от колониальных времен? Вызывают ли ощущимые проблемы людские, финансовые ресурсы или другие факторы? На эти вопросы должны быть даны ответы, или, по крайней мере, они должны быть всесторонне рассмотрены учеными совместно с заинтересованными международными организациями.

84. В своей резолюции 2450 (XXIII), принятой 19 декабря 1968 года, Генеральная Ассамблея отмечала необходимость проведения исследований по вопросу "защиты человеческой личности и физической и интеллектуальной неприкосновенности человека в условиях прогресса биологии, медицины и биохимии". (См. в данной связи исследование ВОЗ, озаглавленное "Health Aspects of Human Rights with Special Reference to Developments in Biology and Medicine (1976) и документ Комиссии по правам человека Организации Объединенных Наций E/CN.4/1172 и Add.1-3., опубликованный в 1975 году и озаглавленный "Защита человеческой личности и физической и интеллектуальной неприкосновенности человека в условиях прогресса в области биологии, медицины

и биохимии".) За последние 25 лет страны принимали существенные законодательные меры по обеспечению такой защиты. На данном этапе, по-видимому, необходимо определить степень эффективности принятого до настоящего времени законодательства и выявить области, в которых могут потребоваться новые законодательные меры на международном, региональном или национальном уровнях.

85. По всей видимости, настало время, для того чтобы учреждения Организации Объединенных Наций, занимающиеся вопросами социальных и культурных прав (в частности, ЮНЕСКО, ФАО, МОТ, ВОЗ и ЮНФПА), предприняли соответствующие усилия для совместного определения согласованных руководящих принципов обеспечения этих прав национальными законодательствами. Все эти учреждения принимают активное участие в укреплении потенциалов стран в законодательной области в своих соответствующих сферах деятельности. Все они накопили богатый опыт применения альтернативных подходов к законодательству, и их совместные усилия по разработке рекомендаций для стран способствовали бы достижению полезных результатов.

**10. Экстренная гуманитарная медико-санитарная помощь
и права перемещенных лиц**

86. В преамбуле к Уставу ВОЗ провозглашается, что "обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения". Таким образом, мероприятия ВОЗ по оказанию экстренной гуманитарной медико-санитарной помощи осуществляются в полном соответствии с Уставом этой Организации.

87. Права человека не ограничиваются правом не подвергаться пыткам и физическим притеснениям. К правам человека относятся также те права, которые необходимы не только для обеспечения безопасности человека, но и для выживания человека и сохранения человеческого достоинства. К их числу относится основное право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния. Таким образом, ВОЗ занимается не только проблемами беженцев, но и проблемами перемещенных, вернувшихся лиц, а также населения принявших их стран.

88. В соответствии с мандатом ВОЗ ее деятельность направлена на:

- a) соблюдение на справедливой основе прав человека представителей всех групп;
- b) повышение качества медико-санитарной помощи, образования, профессиональной подготовки и окружающей среды; это способствует экономическому развитию местного населения;
- c) обеспечение демократических процессов и свободной передачи информации; и
- d) установление связи между беженцами, вернувшимися, перемещенными лицами с населением принявших их стран и стран-доноров.

89. Оперативные мероприятия, проведенные в республиках бывшей Югославии, свидетельствуют о роли, которую играет ВОЗ в оказании гуманитарной помощи. Поддержка, оказываемая ВОЗ населению стран, опустошенных войнами, беженцам, перемещенным лицам и населению принимающих стран, проявляется в:

- a) организации международных усилий по недопущению гибели людей и ненужных страданий;
- b) оказании помощи лицам, пострадавшим в результате военного конфликта, в сохранении надлежащего уровня здоровья во враждебных и опасных условиях;
- c) обеспечении работников здравоохранения на местах необходимыми средствами для уменьшения страданий таких лиц;
- d) оказании воздействия на всех уровнях в целях обеспечения беспрепятственного выполнения работниками здравоохранения и сотрудниками по оказанию гуманитарной помощи своих функций в условиях безопасности и защиты, гарантируемых международным гуманитарным правом;
- e) мобилизации экстренной медико-санитарной помощи на основе объективной и правильной технической оценки потребностей в такой помощи;
- f) стимулировании добровольных пожертвований на цели здравоохранения в рамках объединенной программы действий Организации Объединенных Наций с учетом в первую очередь потребностей населения стран, опустошенных войной; и
- g) обеспечении сохранения жизни и соблюдения прав зависимых лиц и инвалидов, как, например, лиц с психическими заболеваниями.

90. В Уставе самой Организации Объединенных Наций подчеркивается важная роль этой Организации в обеспечении экономического и социального благополучия. Статья 55 обязывает Организацию Объединенных Наций содействовать повышению уровня жизни, полной занятости и условиям экономического и социального прогресса и развития, а также разрешению международных проблем в области экономической, социальной, здравоохранения и подобных проблем.

11. Обеспечение справедливости в области оказания медико-санитарной помощи

91. Во многих странах право на медико-санитарную помощь закреплено в санитарном законодательстве, а в некоторых из них - даже в Конституции. Однако многие группы населения зачастую испытывают на себе последствия явного несоответствия между теоретическим наличием этого законного права и фактическим несправедливым доступом к медико-санитарной помощи. В опубликованном недавно дискуссионном документе ВОЗ, озаглавленном Policies and strategies to promote equity in health (документ EUR/ECP/RD 414(2), Copenhagen, 1992), Далгрен и Уайтхед охарактеризовали географические, экономические и культурные препятствия, стоящие на пути к обеспечению медико-санитарной помощи. К их числу относятся трудности с оказанием высококвалифицированной помощи в изолированных, сельских, горных и островных районах, а также такое встречающееся и в промышленно развитых, и в развивающихся странах явление, как нежелание работников здравоохранения обслуживать городские районы, характеризующиеся острой хронической безработицей. Сохранению несправедливости в доступе к медико-санитарной помощи способствуют системы финансирования здравоохранения, а также наличие культурных барьеров в тех случаях, когда профессиональный работник

здравоохранения не предоставляет надлежащего обслуживания пациенту либо когда рабочие-мигранты и рабочие-иностранцы сталкиваются с языковыми проблемами. Фактором, который в значительной степени может сдерживать спрос на медико-санитарную помощь, и в частности на профилактические услуги, является низкий образовательный уровень. Те, кто в наибольшей степени нуждаются в высококвалифицированной медико-санитарной помощи, как правило, реже всего ее получают; Дж. Т. Харт назвал это явление "правилом неполучения помощи" ("Лансет", 1, 1971 год). В упоминавшемся выше дискуссионном документе предлагаются некоторые способы решения этих проблем.

92. В различных европейских странах, как, например, Норвегия, Швеция и Соединенное Королевство, для учета неодинаковых потребностей в медико-санитарной помощи в различных частях страны используются системы распределения ресурсов. В Финляндии для оказания высококвалифицированной помощи в сельских районах с большим успехом применяется система стратегического планирования, а в некоторых районах Англии - новаторская система обеспечения такой помощи с учетом потребностей этнических меньшинств.

93. Низкие темпы экономического развития во многих странах обуславливают требования об ограничении расходов на медико-санитарную помощь. Все более широкое распространение получает практика сборов с непосредственных пользователей этой помощью. Многие из этих изменений, а также некоторые из значительных изменений в финансировании медико-санитарной помощи, которые в настоящее время предусматриваются в странах восточной Европы, таят в себе по-настоящему серьезную опасность с точки зрения справедливого доступа к медико-санитарной помощи.

94. Возрастающий спрос на предоставление такой помощи на основе новейшей технологии может представлять существенный интерес для политиков, поскольку такой вид помощи весьма заметен. В случае удовлетворения этого спроса доступ к такой помощи получат немногие, а возможности для пользования основными службами здравоохранения у большей части населения будут ограниченными.

95. К сожалению, вопрос о возможных последствиях многих изменений, касающихся финансирования медико-санитарной помощи, применения мер по ограничению расходов и достижения равновесия между медицинской помощью, оказываемой на основе новейшей технологии, и основными видами медицинского обслуживания - с точки зрения обеспечения равноправного доступа к медико-санитарной помощи - зачастую не является предметом всестороннего обсуждения. Эти проблемы заслуживают значительно большего внимания со стороны исследователей и лиц, ответственных за принятие решений.

96. Критерии определения "минимального набора необходимых медико-санитарных услуг" должны быть сформулированы более четко. Вместо происходящего в настоящее время скрытого нормирования медико-санитарных услуг должны быть открыто обсуждены на политическом уровне проблемы ограничения доступа к медико-санитарной помощи из-за увеличения числа лиц, ожидающих такой помощи, а также по другим причинам. Необходимость четкого определения этих критериев обусловлена ожидаемым сохранением в течение определенного времени в будущем низких темпов экономического развития и дальнейшим ограничением ресурсов, выделяемых на сектор здравоохранения.

97. В недавнем докладе, опубликованном в 1992 году министерством благосостояния, здравоохранения и культуры Нидерландов и озаглавленном "Выбор в вопросах медико-санитарной помощи", предлагается при разработке - на основе существующих видов помощи - "пакета" медико-санитарных услуг, покрываемых базовой медицинской страховкой, руководствоваться следующими четырьмя критериями: а) Являются ли эти услуги необходимыми с точки зрения населения? б) Была ли на практике продемонстрирована их эффективность? с) Оказываются ли они квалифицированно? и д) Могут ли приниматься решения в отношении оказания таких услуг на индивидуальной основе? Разумеется, можно соглашаться или не соглашаться с этими критериями, однако важно, чтобы они стали предметом открытого обсуждения.

98. Такие организации системы Организации Объединенных Наций, как ВОЗ, МОТ и ЮНИСЕФ, а также Мировой банк, и такие другие неправительственные организации, как Комиссия европейских сообществ и ОЭСР, - каждая из которых принимает участие в оказании содействия странам в формировании их систем здравоохранения, - должны предпринять совместные усилия по разработке руководящих указаний для стран, с тем чтобы помочь им в проведении откровенной политической дискуссии по этим важным проблемам.
