

**Совет по правам человека****Пятьдесят девятая сессия**

16 июня — 11 июля 2025 года

Пункт 3 повестки дня

**Поощрение и защита всех прав человека,  
гражданских, политических, экономических,  
социальных и культурных прав,  
включая право на развитие****Медико-санитарные и социальные работники  
как защитники права на здоровье****Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого  
человека на наивысший достижимый уровень физического  
и психического здоровья Тлаленг Мофокенг***Резюме*

Настоящий доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Тлаленг Мофокенг посвящен медико-санитарным и социальным работникам как основным защитникам права на здоровье, а значит, защитникам прав человека.

Специальный докладчик рассматривает их способность содействовать осуществлению права на здоровье и связанных с ним прав человека. Она анализирует такие аспекты, как их состояние здоровья, психическое благополучие, безопасность, уровень заработной платы и справедливость на рабочем месте, необходимые для оказания ими качественных услуг здравоохранения.

Она рассматривает медико-санитарных и социальных работников как в качестве правообладателей, так и в качестве защитников прав лиц, обращающихся за медицинской помощью, поскольку оба эти аспекта взаимосвязаны. Она освещает конкретные ситуации, в которых медико-санитарные и социальные работники защищают права своих пациентов на здоровье и другие права, включая права на сексуальное и репродуктивное здоровье, а также права пациентов, сталкивающихся с насилием, будь то в их личной жизни или со стороны государства, и тех, кто находится в конфликтных и кризисных ситуациях.

Специальный докладчик утверждает, что медицинская практика является одним из возможных инструментов поощрения прав человека. Медико-санитарные и социальные работники – ключевой элемент системы здравоохранения, основанной на правах человека, в которой гарантируется наличие медицинских учреждений, товаров и услуг, свободных от дискриминации.



## I. Введение

1. Медико-санитарные и социальные работники играют важнейшую роль в реализации и защите права на здоровье. Они глубоко интегрированы в социальную структуру и служат основой систем здравоохранения, предоставляя профилактические, лечебные и паллиативные услуги и удовлетворяя потребности людей и сообществ. Занимаемая ими уникальная позиция позволяет им способствовать обеспечению равенства в сфере здравоохранения. Поэтому всеобщая реализация права на здоровье может быть достигнута только при условии соблюдения прав самих медико-санитарных и социальных работников и создания им возможностей и полномочий для выполнения их жизненно важной работы.
2. Медико-санитарные и социальные работники сталкиваются с проблемами, которые негативно сказываются на их благополучии и способности оказывать качественную помощь. Эти проблемы носят взаимосвязанный и структурный характер. Они часто приводят к несправедливым, нездоровым и небезопасным условиям труда, непосильной нагрузке, профессиональным рискам, неравным возможностям карьерного роста, а также к домогательствам и насилию.
3. Проблемы медико-санитарных и социальных работников отражают и углубляют неравенство в сфере здравоохранения, характеризуясь сложным взаимодействием различных форм дискриминации, которые оказывают непропорциональное воздействие на определенные категории работников, исторически находящихся в уязвимом положении, таких как чернокожие люди, женщины, ЛГБТКИА+ и специалисты иностранного происхождения/с иностранным образованием, в процессе их трудовой деятельности. В этом контексте дискриминация может принимать форму изоляции, запугивания, препятствий для карьерного роста, недобросовестной трудовой практики, неравной оплаты труда, ограниченных возможностей достижения руководящих должностей и прямой агрессии. В свою очередь, отсутствие разнообразия среди медицинских и социальных работников может приводить к неравенству в обслуживании и предвзятому отношению к людям из маргинализированных групп населения.
4. Медико-санитарные и социальные работники являются частью более широкой социальной системы. Будучи основным связующим звеном между пациентами и системой здравоохранения, они оказывают влияние на такие системные вопросы, как доступ к ресурсам, финансирование и административная поддержка, и сами подвергаются их влиянию. Поскольку в системах здравоохранения, организованных на основе рыночной модели, медицинские услуги все чаще рассматриваются как товар, сокращению затрат и увеличению прибыли иногда превалируют над благополучием людей. В этом контексте и сами медико-санитарные и социальные работники могут восприниматься как товар.
5. Для целей настоящего доклада Специальный докладчик определяет медико-санитарных и социальных работников как всех лиц, занимающихся деятельностью, основная цель которой – укрепление и оказание услуг здравоохранения. Это широкий круг специалистов, включая врачей, медсестер, акушеров, фармацевтов и работников смежных профессий, таких как социальные работники, обеспечивающие непосредственный уход на дому и в учреждениях по месту жительства. Они работают в различных секторах, включая государственные, частные, неправительственные, сельские, межкультурные и религиозные структуры.
6. В настоящем докладе Специальный докладчик анализирует роль медико-санитарных и социальных работников как защитников права на здоровье. Учитывая характер нарушений, которые могут возникать в контексте права на здоровье, медико-санитарные и социальные работники должны рассматриваться как защитники прав человека, обеспечивающие реализацию права на такую систему здравоохранения, которая предоставляет людям равные возможности пользоваться наивысшим достижимым уровнем здоровья. Специальный докладчик утверждает, что медико-санитарные и социальные работники занимают уникальную позицию, которая позволяет им выступать в качестве правозащитников при выполнении своих

непосредственных обязанностей, и что они должны пользоваться поддержкой и защитой, особенно перед лицом угроз в стремлении добиться справедливости. Успех в этом деле зависит от защиты, поощрения и реализации их собственного права на здоровье.

## II. Методология

7. По смыслу резолюции 51/21 Совета по правам человека, в соответствии с которой Совету представляется настоящий доклад, Специальный докладчик определяет медико-санитарных и социальных работников в качестве одного из стратегических приоритетов с точки зрения реализации права каждого человека на здоровье<sup>1</sup>.

8. В настоящем докладе Специальный докладчик опирается на работу своих предшественников, которые рассматривали гигиену труда как неотъемлемый компонент права на здоровье<sup>2</sup>, а медицинское образование — как фактор, влияющий на способность медико-санитарных и социальных работников выполнять обязательства государств по обеспечению наличия, доступности, приемлемости и качества медицинской помощи<sup>3</sup>.

9. При подготовке настоящего доклада Специальный докладчик обратилась с просьбой представить материалы, предложив заинтересованным сторонам поделиться своим личным опытом и знаниями с учетом принципа фактического равноправия, включая межсекторальный, антирасистский и антиколониальный подход<sup>4</sup>. Она выражает признательность всем, кто откликнулся на эту просьбу.

## III. Правовая основа

### A. Международное право прав человека

10. Право на здоровье закреплено в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, которая предусматривает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Это право поддерживается и другими международными договорами по правам человека, включая Всеобщую декларацию прав человека (статья 25), Международную конвенцию о ликвидации всех форм расовой дискриминации (пункт e) iv) статьи 5), Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (пункт 1 f) статьи 11 и статья 12), Конвенцию о правах ребенка (статья 24), Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (статьи 28 и 43) и Конвенцию о правах инвалидов (статья 25). Кроме того, право на здоровье признано в нескольких региональных договорах по правам человека, либо само по себе, либо в связи с другими правами. К таким договорам относятся, среди прочих, Африканская хартия прав человека и народов (статья 16), Американская конвенция о правах человека (статья 26) и Дополнительный протокол к ней, касающийся экономических, социальных и культурных прав (Сан-Сальвадорский протокол) (статья 10).

11. В своем замечании общего порядка № 14 (2000) Комитет по экономическим, социальным и культурным правам подчеркнул, что для обеспечения права на здоровье государства должны располагать достаточным количеством учреждений в сфере здравоохранения, включая подготовленный врачебный и медицинский персонал, получающий конкурентоспособное на внутреннем уровне вознаграждение. Он подчеркнул также, что медицинские учреждения, товары и услуги должны быть

<sup>1</sup> A/HRC/47/28.

<sup>2</sup> A/HRC/20/15.

<sup>3</sup> A/74/174.

<sup>4</sup> OHCHR | Call for input: health and care workers as key protectors of the right to health.

доступны для всех без какой бы то ни было дискриминации, особенно для уязвимых или социально отчужденных групп, и что такая доступность не ограничивается физической досягаемостью, но включает в себя и другие аспекты, такие как доступность с точки зрения расходов и доступность информации. Кроме того, учреждения, товары и услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям, а также обеспечивать защиту конфиденциальности. Помимо этого, они должны быть приемлемыми с научной и медицинской точек зрения, что подразумевает наличие квалифицированного медицинского персонала<sup>5</sup>.

12. В своих замечаниях общего порядка Комитет по экономическим, социальным и культурным правам подтвердил, что все экономические, социальные и культурные права, включая право на здоровье, влекут за собой обязательства постепенного осуществления, но также и обязательства безотлагательного характера. Государства должны гарантировать осуществление всех прав без дискриминации, а также пресекать любое подстрекательство к дискриминации и притеснениям. Кроме того, государства должны незамедлительно предпринимать осознанные, конкретные и четко нацеленные шаги по обеспечению реализации прав. Эти шаги выражаются, например, в обязательстве принимать законодательные меры или предоставлять судебные средства правовой защиты<sup>6</sup>.

13. Поддержка и защита права на здоровье для всех означает также защиту права медико-санитарных и социальных работников на справедливые и благоприятные условия труда. Это и один из основных определяющих факторов в области здравоохранения, и самостоятельное право, предусмотренное Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (статья 7) и другими международными и региональными договорами по правам человека.

14. В статье 7 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах выделены четыре конкретных обязательства государства в отношении права на справедливые и благоприятные условия труда. Во-первых, государства должны гарантировать вознаграждение, обеспечивающее всем трудящимся справедливую зарплату и равное вознаграждение за труд равной ценности, без какой бы то ни было дискриминации, чтобы они могли иметь достаточный уровень жизни. Кроме того, вознаграждение должно быть достаточным для осуществления других прав, таких как право на социальное обеспечение, здравоохранение и образование, что подчеркивает взаимозависимость и неделимость прав, защищаемых Пактом. Во-вторых, государства должны гарантировать условия работы, отвечающие требованиям безопасности и гигиены. В-третьих, прием на работу, продвижение по службе и увольнение не должны носить дискриминационный характер, и государства должны предоставлять равные возможности для продвижения в работе исключительно на основании трудового стажа и квалификации. Этот элемент подразумевает обязательство принимать недискриминационное законодательство, гарантирующее равное обращение, включая временные специальные меры для ускорения достижения фактического равноправия, а также механизмы мониторинга. В-четвертых, государства должны обеспечить трудящимся достаточный отдых, досуг и разумное ограничение рабочего времени. Это отражает признание необходимости поддержания баланса между профессиональными обязанностями, семейной и частной жизнью человека с целью избежать связанных с работой стресса, несчастных случаев и заболеваний<sup>7</sup>.

15. Справедливые и благоприятные условия труда не могут быть достигнуты без обеспечения свободы от физических и психологических домогательств, в том числе сексуальных. Право на свободу и личную неприкосновенность закреплено в статье 9 Международного пакта о гражданских и политических правах и признано в ряде

<sup>5</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), пп. 4–17.

<sup>6</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечания общего порядка № 3 (1990) и № 20 (2009).

<sup>7</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 23 (2016), пп. 32–34.

других международных договоров. Комитет по правам человека отметил, что «под личной неприкосновенностью понимается свобода от причинения физических и психических повреждений, или физическая и психическая безопасность» и что государства-участники Пакта должны принимать соответствующие меры для борьбы с систематическим применением насилия в отношении уязвимых групп населения<sup>8</sup>. Аналогичным образом, медико-санитарные и социальные работники должны иметь возможность выполнять свою работу по защите права на здоровье в надлежащих условиях и без насилия<sup>9</sup>.

16. Конфиденциальность в медицине должна пониматься как защита права на неприкосновенность частной жизни, поскольку медицинская информация относится к чувствительным персональным данным. Любое ограничение должно соответствовать принципу законности и отвечать требованиям оправданности<sup>10</sup>.

17. Одним из основных элементов как права на здоровье, так и права на доступ к информации является право на информированное согласие на лечение, связанное с автономией, конфиденциальностью и неприкосновенностью частной жизни, поскольку все люди имеют право распоряжаться своим здоровьем и телом. Информированное согласие представляет собой неременное условие медицинской практики, а обязанность его соблюдения носит безотлагательный характер. Поэтому медико-санитарные и социальные работники должны проходить обучение по вопросу об информированном согласии, чтобы защитить как пациентов, так и самих себя.

18. Право на равенство и недискриминацию закреплено в различных договорах по правам человека, включая Международный пакт о гражданских и политических правах (статья 26) и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (статья 2). Это общий принцип, лежащий в основе всех других прав, включая право на здоровье<sup>11</sup>. Недискриминация и равенство играют основополагающую роль в осуществлении и реализации других прав человека. На государствах лежит обязанность ликвидировать как формальную, так и фактическую дискриминацию.

19. Обеспечение прав медико-санитарных и социальных работников требует устранения основанных на запрещенных основаниях барьеров на рабочем месте с целью пресечения фактической дискриминации. Исторически эти барьеры оказывали особое негативное воздействие, в частности, на женщин и чернокожих людей. Для их искоренения и устранения дискриминации де-факто необходимы конкретные действия, такие как введение позитивных мер<sup>12</sup>.

20. Важно отметить, что в системах здравоохранения дискриминация затрагивает не только медико-санитарных и социальных работников, но и людей, с которыми они взаимодействуют. Неравенство в области охраны здоровья сохраняется даже при расширении охвата или достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения, и это означает, что распространению этого неравенства способствуют такие структурные факторы, как расизм, сексизм, гендерное насилие и статус гражданства.

## **В. Международное трудовое право**

21. Государства несут дополнительные обязательства по защите прав медико-санитарных и социальных работников в соответствии с международным трудовым правом. Как установлено в Декларации Международной организации труда об основополагающих принципах и правах в сфере труда 1998 года, государства — члены

<sup>8</sup> Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 35 (2014), пп. 3–9.

<sup>9</sup> A/HRC/50/28, пп. 76 и 77.

<sup>10</sup> Inter-American Court of Human Rights, *Manuela et al. v. El Salvador*, Judgment, 2 November 2021, paras. 204 and 216.

<sup>11</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 18.

<sup>12</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 23 (2016), пп. 9 и 47.

Международной организации труда (МОТ) имеют обязательства, вытекающие из самого факта их членства в Организации, даже если они не ратифицировали конвенции МОТ, в которых эти обязательства выражены<sup>13</sup>. В первоначальном варианте Декларации было изложено четыре основополагающих принципа: а) свобода объединения и действенное признание права на ведение коллективных переговоров; б) упразднение всех форм принудительного и обязательного труда; в) действенное запрещение детского труда; и d) недопущение дискриминации в области труда и занятий. В июне 2022 года МОТ добавила право на безопасную и здоровую производственную среду в качестве пятого основополагающего принципа в ответ на пандемию коронавирусной инфекции (COVID-19)<sup>14</sup>.

22. Конвенция 1958 года о дискриминации в области труда и занятий (№ 111) — одна из наиболее широко ратифицированных конвенций МОТ, которую ратифицировали 175 государств-членов и которая обязывает государства запрещать дискриминацию (статья 1).

23. Конвенция 1951 года о равном вознаграждении (№ 100), ратифицированная 174 государствами-членами, предусматривает, что мужчины и женщины должны получать равное вознаграждение за труд равной ценности. Эта Конвенция особенно важна для медико-санитарных и социальных работников, поскольку женщины составляют по крайней мере 67 процентов от общего числа работников здравоохранения во всем мире<sup>15</sup>.

24. Конвенция 1977 года о сестринском персонале (№ 149) является обязательной для ратифицировавшего ее 41 государства-члена.

### **С. Международное гуманитарное право**

25. В то время как международное право прав человека распространяется на различные ситуации, включая войну, международное гуманитарное право строго ограничено ситуациями, отвечающими пороговым критериям вооруженного конфликта<sup>16</sup>. Это могут быть как международные, так и немеждународные вооруженные конфликты. В обеих ситуациях международное гуманитарное право применяется для регулирования действий сторон в вооруженном конфликте и дополняет международное право прав человека<sup>17</sup>.

26. Международное гуманитарное право закреплено главным образом в четырех Женевских конвенциях от 12 августа 1949 года и Дополнительных протоколах к ним и основывается на фундаментальных принципах гуманности, проведения различия, пропорциональности и военной необходимости. В соответствии с принципом проведения различия стороны в вооруженном конфликте не должны нападать на гражданские объекты, включая больницы, медицинские учреждения и гражданских работников здравоохранения и социальной сферы.

27. Согласно международному гуманитарному праву, все стороны конфликта должны выполнять применимые к ним обязательства в отношении работы сферы

<sup>13</sup> Декларация МОТ об основополагающих принципах и правах в сфере труда, принятая на 86-й сессии Международной конференции труда (1998 год), с поправками, внесенными на 110-й сессии (2022 год), URL: [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed\\_norm/%40declaration/document/s/normativeinstrument/wcms\\_763312.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_norm/%40declaration/document/s/normativeinstrument/wcms_763312.pdf).

<sup>14</sup> Там же, с. 3.

<sup>15</sup> URL: <https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce#:~:text=Women%20account%20for%2067%25%20of,around%205%20billion%20people%20worldwide>.

<sup>16</sup> Общая статья 2 Женевских конвенций от 12 августа 1949 года.

<sup>17</sup> Организация Объединенных Наций, Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, *Международно-правовая защита прав человека в вооруженных конфликтах* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.11.XIV.3), с. 2.

здравоохранения и ухода<sup>18</sup>. Все стороны должны обеспечить уважение и защиту всего медицинского и гуманитарного персонала, выполняющего медицинские обязанности<sup>19</sup>, его транспортных средств и оборудования, а также больниц и других медицинских учреждений и других гражданских лиц, участвующих в оказании медицинских услуг и услуг по уходу<sup>20</sup>.

28. Международное гуманитарное право требует от сторон в вооруженном конфликте принятия практических мер по предотвращению и прекращению насилия в отношении медицинского персонала и медицинских учреждений и привлечения к ответственности за нарушения<sup>21</sup>, а также разработки эффективных мер, укрепляющих обязанность защищать и уважать медицинский персонал, больницы, медицинские учреждения и транспорт, в том числе в рамках внутреннего законодательства<sup>22</sup>.

29. Сторонам также рекомендуется осуществлять сбор данных о случаях препятствования деятельности, угрозах и нападениях, которым подвергаются медицинский персонал и гуманитарный персонал, выполняющий исключительно медицинские обязанности, его транспортные средства и медицинские учреждения, и распространять информацию о проблемах и передовой практике в этой области<sup>23</sup>. Также важно, чтобы жертвы нарушений международного гуманитарного права, включая медицинский персонал, получали справедливую и адекватную компенсацию.

30. Государства и соответствующие негосударственные субъекты должны стремиться принимать конкретные и отвечающие потребностям образовательные меры по вопросам гуманитарного права и оказания медицинской помощи в условиях конфликта, ориентированные на медико-санитарных и социальных работников, государственных служащих и общественность. Повышение осведомленности о принципах гуманности, беспристрастности, нейтралитета и независимости может улучшить отношение общества к медицинскому персоналу в зонах конфликтов.

#### IV. Определение социальных работников

31. На экономику ухода приходится 11,5 процента от общего числа занятых в мире, и она играет важнейшую роль в обеспечении здоровья и благополучия людей и сообществ<sup>24</sup>. Вместе с тем в международных договорах, национальных правовых системах и научных исследованиях используются различные определения понятия «социальные работники». Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к медико-санитарным и социальным работникам, строго говоря, относятся лица, бесплатно предоставляющие услуги по уходу, и любые лица, «основной целью которых является улучшение здоровья», например те, кто оказывает услуги по непосредственному персональному уходу на дому, включая родителей, ухаживающих за своими больными детьми<sup>25</sup>. Сложные классификации оплачиваемых работников дополнительно затрудняют определение социальных работников и их роли в системах здравоохранения.

<sup>18</sup> Резолюция 2286 (2016) Совета Безопасности.

<sup>19</sup> Женевская конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях (первая Женевская конвенция), ст. 24; Дополнительный протокол к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 года, касающийся защиты жертв международных вооруженных конфликтов (Протокол I); Дополнительный протокол к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 года, касающийся защиты жертв вооруженных конфликтов немеждународного характера (Протокол II).

<sup>20</sup> Резолюция 2286 (2016) Совета Безопасности; первая Женевская конвенция, ст. 24; Дополнительный протокол I к Женевским конвенциям 1949 года. См. также резолюцию 2439 (2018).

<sup>21</sup> Резолюция 2286 (2016) Совета Безопасности.

<sup>22</sup> Первая Женевская конвенция, ст. 24; Дополнительный протокол I к Женевским конвенциям 1949 года; Дополнительный протокол II к Женевским конвенциям 1949 года.

<sup>23</sup> Резолюция 2286 (2016) Совета Безопасности.

<sup>24</sup> ILO, «Migrant workers in the care economy» (Geneva, 2024), p. 1.

<sup>25</sup> WHO, *The world health report 2006: working together for health* (Geneva, 2006).

32. Специальный докладчик признает важность решения проблемы определения социальных работников и того влияния, которое эта проблема оказывает на разработку политики и правовых рамок. Однако в настоящем докладе она не развивает эту дискуссию и не ставит своей целью сформулировать четкое определение медико-санитарных и социальных работников.

## V. Детерминанты здоровья и их влияние на медико-санитарных и социальных работников

33. Способность медико-санитарных и социальных работников защищать право на здоровье и другие права, связанные со здоровьем, определяется не только личным выбором или опытом. Она формируется также социальными детерминантами здоровья. Эти детерминанты могут содействовать возможностям медико-санитарных и социальных работников по оказанию медицинской помощи или ограничивать их, отражая неравенство, основанное на социально-экономическом положении, этнической, расовой и гендерной принадлежности, миграционном статусе и других факторах<sup>26</sup>.

34. Медико-санитарные и социальные работники, осуществляющие деятельность в проблемных с социально-экономической точки зрения районах, могут сталкиваться с такими проблемами, как отсутствие нормального жилья и продовольственной безопасности, а также подвергаться чрезмерным нагрузкам из-за недостаточной обеспеченности систем здравоохранения в таких районах необходимыми ресурсами. Это, в свою очередь, повышает риск развития у них таких заболеваний, как гипертония и инсульт, увеличивает подверженность инфекционным заболеваниям и физическим травмам, а также может значительно ухудшить их психическое здоровье и общее самочувствие. Эти социальные детерминанты здоровья сильно различаются в зависимости от социальной группы и статуса, влияя на то, кто и как может оказывать медицинскую помощь.

35. Политические детерминанты здоровья, или нормы, политика и практика, также определяют возможности медико-санитарных и социальных работников в плане осуществления и защиты права на здоровье и других связанных со здоровьем прав. Например, использование вакцин и услуг здравоохранения в целом в качестве политического инструмента во время пандемии COVID-19 имело широкие последствия для здоровья врачей и среднего медицинского персонала по всему миру. Некоторые официальные лица называли COVID-19 мифом, высмеивали усилия по смягчению последствий и пропагандировали непроверенные методы лечения для борьбы с распространением болезни. Находясь под воздействием этих политических нарративов, за распространение которых соответствующие лица не понесли никакой ответственности, люди не принимали надлежащих мер предосторожности, что привело к большему числу госпитализаций в связи с COVID-19 и значительно увеличило нагрузку на многих медицинских работников<sup>27</sup>.

36. Коммерческие детерминанты здоровья, или деятельность частного сектора, которая прямо или косвенно влияет на здоровье людей, а также политико-экономические системы и нормы, на которые они опираются, также оказывают воздействие на осуществление права на здоровье медико-санитарными и социальными работниками<sup>28</sup>. Средства индивидуальной защиты для медико-санитарных и социальных работников часто рассчитаны на мужчин, хотя женщины составляют 67 процентов работников здравоохранения<sup>29</sup>. Стресс, связанный с повышенным риском заражения, — иногда из-за плохо подобранных средств индивидуальной

<sup>26</sup> См. URL: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).

<sup>27</sup> Christine A. Sinsky and others, «Politicization of medical care, burnout, and professionally conflicting emotions among physicians during COVID-19», *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 98, No. 11 (November 2023), pp. 1613–1628.

<sup>28</sup> См. URL: [https://www.who.int/health-topics/commercial-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/commercial-determinants-of-health#tab=tab_1).

<sup>29</sup> См. URL: <https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce>.

защиты – и с самим заболеванием, пагубно сказывается как на физическом, так и на психическом здоровье женщин, работающих в сфере здравоохранения и ухода.

37. Медико-санитарные и социальные работники сообщали о конфликтах морально-нравственного характера, связанных с условиями медицинского страхования, а также о том, что им приходилось отказывать пациентам в лечении или ограничивать спектр оказываемой помощи из-за того, что те или иные услуги не были включены в страховое покрытие<sup>30</sup>. Еще одним источником стресса была необходимость постоянно изыскивать решения, чтобы найти баланс между медицинскими и финансовыми потребностями пациентов.

38. Обеспечить медико-санитарным и социальным работникам доступ к надлежащим медицинским услугам, жилью, источникам продовольствия, системам социальной поддержки и средствам защиты можно при помощи адресных стратегий в правовой области.

## VI. Равенство: медико-санитарные и социальные работники

39. Чтобы реализовать право на здоровье, необходимо устранить системные факторы, которые закрепляют и усугубляют неравенство в сфере здравоохранения. В этом контексте медико-санитарным и социальным работникам отведена важнейшая роль в разработке и реализации стратегий, направленных на обеспечение равенства в вопросах охраны здоровья, поскольку они не только наблюдают за воздействием социальных детерминантов здоровья на людей, но и принимают меры по управлению этим воздействием.

40. Медико-санитарные и социальные работники часто подвергаются дискриминационной практике. Некоторые группы медико-санитарных и социальных работников, включая чернокожих и темнокожих людей, женщин, ЛГБТКИА+, мигрантов и другие группы населения, особенно уязвимы в непростых, зачастую опасных условиях, в которых они осуществляют свою деятельность в отсутствие достаточных ресурсов, в результате чего угроза стать жертвой злоупотреблений для них в два раза выше<sup>31</sup>. Стигматизация и дискриминация работников и пациентов из числа ЛГБТКИА+ людей затрудняют предоставление надлежащих услуг и могут даже приводить к отказу в обслуживании, а сами медико-санитарные и социальные работники не проходят достаточных обучения и подготовки в отношении потребностей ЛГБТКИА+ людей, будь то своих коллег или пациентов<sup>32</sup>.

41. Медико-санитарные и социальные работники подвергаются разноплановым и пересекающимся формам воздействия так называемой системы социальных привилегий и барьеров как в своей личной, так и в профессиональной жизни. Например, медико-санитарные и социальные работники могут сталкиваться с предвзятым отношением со стороны пациентов, которое может проявляться в форме «поведения или использования языка, унижающего достоинство врачей на основании их социальной идентичности»<sup>33</sup>. Такая предвзятость может быть явной, например отказ пациента от медицинской помощи, но может иметь и менее очевидное проявление, например в форме недоверия к роли врача, невербального проявления неуважения, подрыва профессионального авторитета, этнических стереотипов,

<sup>30</sup> См. URL: <https://www.ama-assn.org/practice-management/prior-authorization/health-insurance-denials-delayed-care-and-medication-access>.

<sup>31</sup> A/HRC/42/41, п. 25.

<sup>32</sup> См. URL: <https://www.who.int/activities/improving-lgbtqi-health-and-well-being-with-consideration-for-sogiesc>.

<sup>33</sup> Kimani Paul-Emile and others, «Addressing patient bias toward health care workers: recommendations for medical centers», *Annals of Internal Medicine*, vol. 173, No. 6 (September 2020), pp. 468–473.

расспросов об образовании и предыдущем опыте работника и фривольных замечаний<sup>34</sup>.

42. Расовые и этнические меньшинства сталкиваются с более существенными барьерами при поступлении на работу и значительными препятствиями в процессе карьерного роста, включая ограниченный доступ к руководящим должностям. Например, в Соединенных Штатах Америки, согласно исследованиям, только 5,7 процента врачей идентифицируют себя как чернокожие или афроамериканцы<sup>35</sup>, из-за чего они могут ощущать себя изолированными, «невидимыми» и считать, что к ним относятся как к аутсайдерам. Согласно одному из опросов, проведенному в начале 2022 года, работники среднего звена здравоохранения сообщали, что сталкиваются с дискриминацией как со стороны пациентов, так и со стороны коллег<sup>36</sup>. В свою очередь, отсутствие разнообразия среди медико-санитарных и социальных работников может негативно сказываться на качестве обслуживания пациентов из маргинализированных групп, поскольку знание культурных особенностей и понимание разнообразия личного опыта в области здоровья имеют первостепенное значение для оказания эффективной помощи пациентам.

43. Проблемы с обеспечением равенства среди медико-санитарных и социальных работников невозможно решить, не уделив внимания гендерному аспекту. В глобальном масштабе женщины составляют 67 процентов медико-санитарных и социальных работников. Вместе с тем на их долю приходится только четвертая часть руководящих должностей<sup>37</sup>. Во всем мире женщины, особенно из неблагополучных слоев населения, получают более низкую заработную плату по сравнению со своими коллегами-мужчинами<sup>38</sup>. Одним из факторов, обуславливающих гендерный разрыв в оплате труда, являются предписанные обществом роли, в соответствии с которыми женщины в основном заняты в сфере неоплачиваемых услуг по уходу и домашнего труда, что ограничивает их участие в рабочей силе или препятствует ему.

44. Помимо факторов, ставших основными причинами миграции, таких как ограниченные образовательные и профессиональные возможности и политическая нестабильность, жизнь медико-санитарных и социальных работников из числа мигрантов осложняют трудности с адаптацией к месту работы, а также стигматизация, дискриминация, ненадлежащее обращение и тяжелые условия труда. Перечисленные проблемы в сочетании с общим 12,6-процентным разрывом в оплате труда трудящихся-мигрантов и 19,6-процентным разрывом в оплате труда в секторе ухода усугубляют их экономическую уязвимость<sup>39</sup>. В самом деле, все большую обеспокоенность вызывают участвовавшие случаи запугивания и насилия в отношении трудящихся-мигрантов, особенно дискриминационная и ксенофобская риторика в их адрес, а также отсутствие долгосрочных интеграционных решений, позволяющих мигрантам переходить к стабильным формам правового статуса, таким как долгосрочное резидентство или гражданство<sup>40</sup>.

45. Несмотря на то, что в сельских и отдаленных районах мира проживает более 3 миллиардов человек<sup>41</sup>, проблема нехватки медицинских специалистов стоит там в два раза острее, чем в городах<sup>42</sup>. Кроме того, лица, работающие в сельских и

<sup>34</sup> Margaret Wheeler and others, «Physician and trainee experiences with patient bias», JAMA Internal Medicine, vol. 179, No. 12 (October 2019), pp. 1678–1685.

<sup>35</sup> См. URL: <https://www.aamc.org/news/what-s-your-specialty-new-data-show-choices-america-s-doctors-gender-race-and-age>.

<sup>36</sup> См. URL: <https://statnews.com/wp-content/uploads/2023/05/rwjf473632.pdf>.

<sup>37</sup> См. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905>.

<sup>38</sup> См. URL: <https://www.un.org/en/observances/equal-pay-day>.

<sup>39</sup> См. URL:

[https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protect/@protrav/@migrant/documents/publication/wcms\\_763803.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@migrant/documents/publication/wcms_763803.pdf).

<sup>40</sup> United Nations Network on Migration, «Guidance note: regular pathways for admission and stay for migrants in situations of vulnerability», July 2021.

<sup>41</sup> См. URL: <https://wdi.worldbank.org/table/3.1>.

<sup>42</sup> WHO, «Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review», Human Resources for Health Observer Series No. 25 (Geneva, 2020), p. 4.

отдаленных районах, испытывают такие лишения, как ограниченный доступ к обучению и более продолжительный рабочий день.

46. Сохраняется значительное неравенство в области здравоохранения между коренным и некоренным населением. Привлечение медико-санитарных и социальных работников из числа представителей коренных народов содействует сокращению неравенства в сфере здравоохранения за счет расширения доступа, обеспечения того, чтобы предоставляемые услуги были подходящими с культурной точки зрения, и оказания помощи медицинскому персоналу, не принадлежащему к коренному населению, в предоставлении медицинского обслуживания с учетом культурных особенностей.

47. Основные факторы миграции рабочей силы в секторе здравоохранения включают неблагоприятные условия труда, обусловленные общим социальным, экономическим и политическим климатом в стране. К числу таких факторов относятся нехватка медицинских материалов и оборудования, отсутствие должным образом подготовленных медицинских специалистов и дефицит медицинской инфраструктуры<sup>43</sup>. Нехватка персонала в больницах и клиниках может приводить к таким проблемам, как чрезмерная продолжительность рабочего дня, отсутствие врачей с определенной специализацией и ограниченное количество опытных сотрудников, которые могут обучать молодых врачей и средний медперсонал.

48. Достижение равенства в сфере здравоохранения выходит за рамки расширения охвата или достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Оно требует также решения проблемы дисбаланса сил, сказывающегося на секторе здравоохранения, и осмысления социальной структуры, лежащей в основе формального и фактического неравенства и различных способов проявления дискриминации в повседневной жизни медико-санитарных и социальных работников, включая прямые и косвенные, эксплицитные и имплицитные, открытые и скрытые формы дискриминации, как было показано в данном разделе.

## **VII. Инфекционные и неинфекционные заболевания**

49. Медико-санитарные и социальные работники в большей степени подвержены воздействию патогенных микроорганизмов, вызывающих заболевания, и сталкиваются с более высоким риском заражения инфекцией.

50. По оценкам ВОЗ, во время пандемии COVID-19 в период с января 2020 года по май 2021 года от этой болезни умерло от 80 000 до 180 000 медицинских работников<sup>44</sup>. Характер их работы подвергает медико-санитарных и социальных работников повышенному риску заражения вирусными инфекциями и заболеваниями, такими как гепатит В и С, ВИЧ/СПИД, а также респираторными инфекциями, такими как коронавирусы и грипп<sup>45</sup>.

51. Вспышки заболеваний и чрезвычайные ситуации, в том числе пандемии, оказывают сильное негативное влияние на психическое состояние медико-санитарных и социальных работников. В частности, из-за отсутствия заранее установленных, основанных на правах человека руководящих принципов принятия решений о расстановке приоритетов медицинские работники испытывают повышенную психологическую нагрузку, связанную с необходимостью принимать решения самостоятельно без четких ориентиров.

52. Медико-санитарные и социальные работники все чаще испытывают психологический стресс, обусловленный профессиональным выгоранием, домогательствами на рабочем месте, переутомлением и эмоциональной перегрузкой,

<sup>43</sup> См. URL: <https://www.who.int/teams/health-workforce/migration#:~:text=International%20health%20worker%20migration%20is,during%20the%20COVID%2D19%20pandemic>.

<sup>44</sup> См. URL: <https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19>.

<sup>45</sup> См. URL: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/occupational-infections>.

связанной с ежедневным столкновением со смертью и болезнями<sup>46</sup> и приводящей к состоянию, известному как усталость от сострадания. Эти обстоятельства могут вызывать огромный стресс, как физический, так и психологический, и повышать вероятность развития депрессии, тревожности, нарушений сна и других психических расстройств, а также приводить к более высокому риску злоупотребления психоактивными веществами<sup>47</sup>.

53. Данные о распространенности проблем психического здоровья среди медико-санитарных и социальных работников, как правило, занижены, поскольку не все медики сообщают о наличии проблем с психическим здоровьем из-за страха стигматизации и стереотипов, согласно которым врач должен быть устойчив к стрессу.

54. Во время пандемии COVID-19 психические расстройства стали еще более распространенной проблемой. К концу 2022 года около 76 процентов работников здравоохранения сообщали об ухудшении их психического здоровья по сравнению с первым кварталом 2020 года<sup>48</sup>.

55. Профессиональное выгорание связывают с почти двукратным увеличением риска врачебных ошибок, повышением шансов быть вовлеченным в судебный процесс по делу о ненадлежащем оказании медицинской помощи, увеличением текучести кадров среди медицинского персонала, ощущением потерянности или оторванности от пациентов и работы, а также с более высоким уровнем неудовлетворенности пациентов оказанными услугами<sup>49</sup>. Таким образом, улучшение показателей психического здоровья медико-санитарных и социальных работников имеет огромное значение не только для благополучия самих работников этой сферы, но и для благополучия их подопечных.

56. Многие работники здравоохранения сообщали о страхе лишиться медицинской лицензии или подвергнуться остракизму со стороны коллег. Такие страхи могут приводить к склонности чрезмерно полагаться на самолечение, низкому уровню поддержки со стороны коллег и повышенному риску самоубийств среди медицинских работников как группы населения.

57. Во всем мире среди врачей-резидентов, которые берут на себя большую физическую и умственную нагрузку, работая в трудных условиях, остро стоит проблема суицида.

58. Для решения проблем психического здоровья медико-санитарных и социальных работников необходимы также точная отчетность и сбор данных. Вместе с тем для устранения стигматизации в отношении психического здоровья на рабочем месте в сфере здравоохранения и ухода требуются более масштабные политические меры.

59. Медико-санитарные и социальные работники часто подвергаются воздействию токсичных химикатов, вредного излучения и других канцерогенов из-за использования этих веществ при проведении медицинских обследований и процедур. К таким веществам относятся, в частности, чистящие и дезинфицирующие средства, ртуть, токсичные лекарственные препараты, пестициды, латекс и лабораторные реагенты. Из-за такого воздействия медико-санитарные и социальные работники в большей степени подвержены риску развития онкологических заболеваний<sup>50</sup>.

60. Нарушения сна, негативно влияющие на концентрацию и работоспособность медико-санитарных и социальных работников, могут серьезно сказываться на их когнитивных функциях. Кроме того, на настроение медико-санитарных и социальных

<sup>46</sup> См. URL: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/health-worker-mental-health/index.html>.

<sup>47</sup> Samuel B. Harvey and others, «Mental illness and suicide among physicians», *The Lancet*, vol. 398, No. 10303 (September 2021), pp. 920–930, URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9618683/>.

<sup>48</sup> Hanan F. Abdul Rahim and others, *Our duty of care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers* (Doha, World Innovation Summit for Health, 2022), p. 14.

<sup>49</sup> Ibid., pp. 11, 12 and 16; см. также URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8137852/>.

<sup>50</sup> См. URL: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector>.

работников могут влиять плохое самочувствие из-за физического дискомфорта, связанного с неинфекционными заболеваниями и их симптомами, или физические травмы.

### **VIII. Права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья**

61. Эффективные услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья во многом зависят от медико-санитарных и социальных работников. Они напрямую взаимодействуют с населением, а потому играют ключевую роль в реализации репродуктивной политики. Однако их способности выполнять свои профессиональные обязанности часто препятствуют различные факторы, включая иерархичность системы здравоохранения, нехватку ресурсов, ненадлежащие условия труда и сохраняющееся неравенство, которые влияют как на осуществление их собственных прав, так и на их способность оказывать качественную и эффективную помощь другим людям.

62. Проводимое медико-санитарными и социальными работниками комплексное консультирование и просвещение по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья может оказывать положительное влияние на планирование семьи и принятие людьми решений, касающихся их репродуктивного здоровья.

63. В своем предыдущем докладе Специальный докладчик указала на риски, связанные с принимаемыми государствами мерами реагирования на предполагаемый вред, особенно в случае аборт, где вред причиняет как раз их криминализация<sup>51</sup>. Криминализация в контексте абортов предполагает применение уголовного законодательства к «любым лицам, которые обращаются за аборт, прибегают к этой процедуре, лицам, проводящим аборт [в том числе путем предоставления лекарственных средств для проведения аборта], способствующим его проведению, оказывающим помощь, предоставляющим фактологическую информацию об аборте или обладающим информацией о лице, обратившемся за аборт»<sup>52</sup>.

64. Медико-санитарные и социальные работники испытывают страх уголовного и судебного преследования или других санкций, например отзыва лицензии на медицинскую деятельность. Ограничительные правовые рамки, связанные с противозачаточными средствами, экстренной контрацепцией, абортами или необходимостью получения разрешения третьих лиц, становятся препятствием для доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

65. Кроме того, при оказании услуг в области репродуктивного здоровья медико-санитарные и социальные работники часто сталкиваются с прямыми физическими нападениями и с действиями досаждающего характера. В контексте услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья медико-санитарные и социальные работники, оказывающие медицинскую помощь и услуги ухода в связи с аборт, могут становиться мишенями преследований и насилия, что приводит к их запугиванию и изоляции от профессионального сообщества.

66. Отказ индивидуальных поставщиков и учреждений от проведения аборта по соображениям совести препятствует доступу к сексуальному и репродуктивному здоровью и может привести к нарушениям права на здоровье.

67. Акушерское насилие – это форма гендерного насилия, заключающаяся в негуманном, жестоком или небрежном обращении во время родов со стороны медико-санитарного и медико-социального персонала, а также в чрезмерной бюрократизации и принудительном проведении медицинских процедур<sup>53</sup>. Государствам следует внедрять основанные на правах человека планы обучения и повышения

<sup>51</sup> A/79/177, п. 1.

<sup>52</sup> Там же, п. 35.

<sup>53</sup> Inter-American Court of Human Rights, *Beatriz et al. v. El Salvador*, Judgment, 22 November 2024, paras. 148 and 149.

осведомленности медико-санитарных и социальных работников по вопросам поведения, представляющего собой акушерское насилие во время беременности и родов. Кроме того, государствам следует создать механизмы мониторинга и подотчетности для возмещения ущерба в случае ненадлежащего обращения или насилия в соответствии с рекомендациями ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов<sup>54</sup>. Это позволит одновременно сократить число случаев насилия при оказании акушерской помощи и расширить возможности медико-санитарных и социальных работников по защите сексуальных и репродуктивных прав.

## IX. Конфиденциальность

68. Конфиденциальность медицинской информации вытекает из права на неприкосновенность частной жизни и права на здоровье как прав всех людей и самих медико-санитарных и социальных работников, которые могут предотвращать или оспаривать раскрытие определенной информации третьим лицам<sup>55</sup>. Кроме того, соблюдение врачебной тайны является обязанностью медико-санитарных и социальных работников в силу самой профессии. Обеспечение конфиденциальности играет важнейшую роль в предоставлении приемлемых и доступных товаров и услуг в сфере здравоохранения, поскольку для получения медицинских услуг людям необходима уверенность в том, что их личная информация не будет разглашена. Поэтому медицинские услуги должны быть «направленными на сохранение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц»<sup>56</sup>.

69. Медико-санитарным и социальным работникам необходимы четкие гарантии и защита, чтобы они могли реализовать свое право и выполнить обязательство по сохранению конфиденциальности. Нормативно-правовые и законодательные рамки, которые, с одной стороны, защищают конфиденциальность, а с другой — требуют раскрытия информации о пациентах в различных контекстах, таких как экстренные акушерские ситуации, аборт, миграция, употребление наркотиков и психиатрическая помощь, может создавать ненужную напряженность для медико-санитарных и социальных работников и приводить к системным проблемам, которые негативно влияют на общие показатели здоровья.

70. Конфиденциальность имеет основополагающее значение для сексуального и репродуктивного здоровья. Нормативно-правовые рамки могут вынуждать работников здравоохранения нарушать принцип конфиденциальности, запрашивая согласие родителей или супруга, или налагать на них обязанность сообщать об инцидентах, связанных с оказанием акушерской помощи, там, где аборт криминализированы, что идет вразрез с их обязанностью сохранять врачебную тайну и конфиденциальность. В таких ситуациях медико-санитарные и социальные работники, опасаясь судебного преследования, могут сообщать властям о любых осложнениях, возникших в процессе оказания акушерской помощи, даже тогда, когда у них нет такой обязанности, или отказывать в доступе к медицинским услугам.

71. Люди, живущие с ВИЧ, могут опасаться, что их медицинская информация может быть использована против них в судебном процессе. Поэтому возможное нарушение конфиденциальности может лишать людей желания проходить тестирование и раскрывать свой ВИЧ-статус, что, в свою очередь, препятствует профилактике, диагностике и лечению ВИЧ/СПИДа<sup>57</sup>.

72. Мигранты зачастую не обращаются за медицинской помощью до тех пор, пока проблемы со здоровьем не достигнут критического уровня, из-за опасений того,

<sup>54</sup> ВОЗ, *Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов: улучшение здоровья и благополучия матерей и новорожденных* (Женева, 2018 ГОД).

<sup>55</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 12 с).

<sup>56</sup> Там же.

<sup>57</sup> A/79/177, п. 33.

что врачи сообщают о них властям и их депортируют. Для реализации права на здоровье и прав, связанных со здоровьем, медицинские учреждения должны быть тем местом, куда люди могут обратиться за помощью, не опасаясь правоохранительных органов или последствий, связанных с иммиграцией.

## **X. Домогательства и насилие в отношении медико-санитарных и социальных работников**

73. Домогательство – это поведение, которое унижает, порочит, раздражает или вербально оскорбляет другого человека, включая оскорбительные слова, буллинг, определенные жесты и запугивание. Домогательства и вербальная агрессия, сексуальное насилие и физические нападения входят в число наиболее распространенных видов насилия в отношении медико-санитарных и социальных работников.

74. Ошеломляющие 62 процента работников сферы здравоохранения и ухода сообщили о насилии на рабочем месте, причем в 58 процентах случаев речь шла о вербальной агрессии, а в 12 процентах — о сексуальных домогательствах<sup>58</sup>. По оценкам, насилие на рабочем месте в секторе здравоохранения составляет примерно четвертую часть всех случаев насилия на рабочем месте<sup>59</sup>. Специальный докладчик ранее выступала за создание свободной от насилия среды в здравоохранении и подчеркивала важность защиты физического и психического здоровья медико-санитарных и социальных работников, поскольку они играют ключевую роль в «предоставлении приемлемого, доступного, недорогого и качественного ухода»<sup>60</sup>.

75. Проблема сексуальных домогательств в среде медико-санитарных и социальных работников сохраняется. Сексуальные домогательства могут принимать разные формы и охватывают целый ряд физически неприемлемых сексуализированных форм поведения, как вербальных, так и невербальных, включая нежелательные ухаживания или сексуальное принуждение, а также сексуализированные жесты и комментарии. Медико-санитарные и социальные работники часто сталкиваются с имеющими сексуальный подтекст, оскорбительными или унижительными высказываниями, просьбами о неподобающем контакте, прикосновениями без согласия, сексуальными домогательствами в виртуальной среде и демонстрацией сексуальных символов и действий<sup>61</sup>.

## **XI. Медико-санитарные и социальные работники в ситуациях конфликта**

76. В условиях нестабильности и в ситуациях конфликта медико-санитарные и социальные работники проявляют мужество и самоотверженность, обеспечивая людям, находящимся в наиболее уязвимом положении, возможность продолжать получать медицинскую помощь, но делают это с большим риском для себя. В чрезвычайных гуманитарных ситуациях больницы, учреждения и транспорт иногда подвергаются бомбардировкам, разграблению, оккупации, налетам и вандализму, а медицинские работники получают ранения и угрозы в свой адрес или становятся жертвами похищений или убийств.

77. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2024 году в ходе продолжающихся конфликтов было совершено 1637 нападений на сферу

<sup>58</sup> См. URL: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment>.

<sup>59</sup> Mei Ching Lim and others, «Workplace violence in healthcare settings: the risk factors, implications and collaborative preventive measures», *Annals of Medicine and Surgery*, vol. 78 (June 2022).

<sup>60</sup> A/HRC/50/28, п. 76.

<sup>61</sup> Blanca Paniello-Castillo and others, «‘Enough is enough’: tackling sexism, sexual harassment, and power abuse in Spain’s academia and healthcare sector», *The Lancet Regional Health – Europe*, vol. 34 (October 2023).

здравоохранения, в результате которых погибли 937 и были ранены 1774 медицинских работника<sup>62</sup>.

78. Разрушение и закрытие больниц и других медицинских учреждений создает атмосферу страха и усиливает ощущение небезопасности у гражданского населения, особенно у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями.

79. На оккупированной палестинской территории с 7 октября 2023 года было зарегистрировано более 1450 нападений на медицинских работников, пациентов, больницы и другие объекты медицинской инфраструктуры<sup>63</sup>. Коалиция охраны здоровья в условиях конфликта (группа международных неправительственных организаций, занимающихся вопросами защиты медицинских работников, услуг и инфраструктуры) выявила 761 случай насилия или препятствования оказанию медицинской помощи, из которых более 100 случаев непосредственно затрагивали медицинские учреждения в секторе Газа в 2023 году<sup>64</sup>.

80. Непрерывающееся насилие со стороны израильских войск, которое может быть приравнено к геноциду, имеет серьезные последствия для медицинской инфраструктуры. По имеющейся информации, по состоянию на конец июня 2024 года 22 из 28 больниц в секторе Газа были выведены из строя из-за серьезных повреждений, причиненных в ходе нападений<sup>65</sup>. Больница турецко-палестинской дружбы, единственный специализированный онкологический центр в секторе Газа, прекратила работу из-за полученных в результате израильских военных ударов повреждений, в результате чего примерно 10 000 онкологических больных в секторе Газа остались без помощи<sup>66</sup>.

81. К октябрю 2024 года конфликт между Суданскими вооруженными силами и Силами быстрого реагирования привел к перемещению более 11 миллионов человек<sup>67</sup>. ВОЗ зарегистрировала более 140 нападений на сферу здравоохранения в Судане с начала конфликта в апреле 2023 года<sup>68</sup>, в результате чего система здравоохранения страны оказалась под серьезной угрозой.

82. В 2023 году поступили сообщения об аресте или задержании более 440 медицинских работников в 12 различных странах и территориях<sup>69</sup>. Медицинских работников задерживали во время кампаний массовых арестов гражданских лиц, рейдов в больницах и при следовании по утвержденным маршрутам. Независимые правозащитные организации зафиксировали произвольное задержание израильскими войсками в секторе Газа по меньшей мере 310 медико-санитарных и социальных работников, что еще больше усугубляет деградацию системы здравоохранения на этой территории<sup>70</sup>. Согласно документальным свидетельствам международных работников сферы здравоохранения и ухода, объектами нападений были медицинский персонал, а также больничная инфраструктура, при этом, по сообщениям, медицинские работники целенаправленно избивались мишенями израильских ударов, а не были косвенными жертвами нападений<sup>71</sup>.

<sup>62</sup> Всемирная организация здравоохранения, Система наблюдения за нападениями на медицинские учреждения, URL: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>.

<sup>63</sup> Там же.

<sup>64</sup> Там же.

<sup>65</sup> ОНЧР, «Thematic report: attacks on hospitals during the escalation of hostilities in Gaza (7 October 2023–30 June 2024)» (31 December 2024).

<sup>66</sup> Ru'a Rimawi, Bram Wispelwey and Navid Madani, «Roadblocks to cancer care in the Occupied Palestinian Territories», *Health and Human Rights Journal*, vol. 26, No. 2 (December 2024), pp. 39–44.

<sup>67</sup> International Organization for Migration, «Displacement in Sudan crosses 11 million as devastating crisis reaches new heights», statement by IOM Chief, 29 October 2024.

<sup>68</sup> Всемирная организация здравоохранения, Система наблюдения за нападениями на медицинские учреждения, URL: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>.

<sup>69</sup> Safeguarding Health in Conflict Coalition and Insecurity Insight, *Critical Condition: Violence Against Health Care in Conflict — 2023* (Baltimore, 2024), p 11.

<sup>70</sup> Материал, представленный организацией Human Rights Watch.

<sup>71</sup> Материал, представленный организацией Doctors Against Genocide.

83. В последние годы в ходе конфликтов, в том числе в Сирийской Арабской Республике, на Украине, в Йемене и в секторе Газа, фиксируется практика систематических нападений на медицинскую инфраструктуру и медицинских работников<sup>72</sup>. После таких нападений работа медицинских служб часто нарушается, а доступ к здравоохранению в условиях кризиса еще больше ограничивается, как это произошло в 2022 году в Афганистане, где были убиты восемь работников, делавших прививки от полиомиелита, и в результате была приостановлена национальная кампания вакцинации от этого заболевания<sup>73</sup>. Нападения на медицинские учреждения в Сирийской Арабской Республике в период с 2017 по 2019 год привели в среднем к 51-процентному сокращению числа амбулаторных консультаций на следующий день после нападения с сохранением значительного спада на протяжении следующих 37 дней<sup>74</sup>.

## **ХII. Направление действий**

84. Важно отметить, что стратегии и планы действий должны основываться на точных и дезагрегированных данных о рабочей силе, которые позволяют разрабатывать политику на основе фактических данных, выявляя недостатки и определяя направления действий.

85. Для того, чтобы выполнить свои обязательства по международному праву, государства должны проводить межсекторальную политику, направленную на защиту медико-санитарных и социальных работников и снижение токсичности взаимодействия в местах оказания медицинской помощи.

86. Для приобретения медико-санитарными и социальными работниками навыков, необходимых для удовлетворения меняющихся потребностей населения в области здравоохранения, необходимы качественное образование и обучение на протяжении всей жизни. Медицинские учебные заведения формируют взгляды учащихся и их отношение к пациентам и коллегам. Профессиональные медицинские организации, со своей стороны, играют важную роль в разработке учебных программ и подходов, основанных на соблюдении прав человека, помогая создавать среду, которая защищает права пациентов и позволяет людям высказываться перед лицом несправедливости, затрагивающей всех медико-санитарных и социальных работников.

87. Женщины, работающие в сфере здравоохранения и ухода, подвергаются повышенному риску сексуального и гендерного насилия и домогательств из-за сохраняющегося дисбаланса сил и гендерной дискриминации. Страх мести, стигматизация и неэффективные механизмы сообщения о совершенных злоупотреблениях еще больше закрепляют культуру молчания, позволяя домогательствам и надругательствам продолжаться без привлечения к ответственности.

## **ХIII. Передовая практика**

88. Специальный докладчик выражает признательность за ответы на ее просьбу представить информацию о передовой практике<sup>75</sup>.

<sup>72</sup> Там же, сс. 8 и 9 оригинального текста.

<sup>73</sup> Материал, представленный ВОЗ, с. 5 оригинального текста.

<sup>74</sup> Материал, представленный организацией «Врачи за права человека», с. 7 оригинального текста.

<sup>75</sup> См. URL: <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2025/call-input-health-and-care-workers-key-protectors-right-health>, вопрос 10. Материалы будут размещены на веб-странице Специального докладчика.

89. В Казахстане антидискриминационные законы распространяются на сферу занятости, гарантируя, что людям не будет отказано в возможности трудоустройства из-за их ВИЧ-статуса<sup>76</sup>.

90. В Индии действует рамочное соглашение между правительством Индии и правительством Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии о сотрудничестве в области кадрового обеспечения здравоохранения. Реализация этого соглашения способствует развитию навыков, наращиванию потенциала и достижению баланса между удовлетворением глобального спроса на медицинские кадры и обеспечением устойчивости национальных систем здравоохранения в соответствии с Глобальным кодексом по практике ВОЗ<sup>77</sup>.

91. В Колумбии в Десятилетнем плане развития общественного здравоохранения на 2022–2031 годы изложены стратегии, цели и политика, направленные на совершенствование системы общественного здравоохранения, с особым акцентом на решение системных проблем и обеспечение благополучия персонала здравоохранения и профессиональных медицинских сообществ. Примечательно, что План включает адаптацию к изменению климата в качестве одного из основополагающих элементов управления системой оказания первичной медико-санитарной помощи<sup>78</sup>.

92. В Саудовской Аравии в связи с резким увеличением спроса на медицинские услуги в сезон хаджа Министерство здравоохранения реализует инициативу по привлечению специализированного медицинского и технического персонала из различных регионов Саудовской Аравии и из-за рубежа для расширения возможностей медицинских учреждений по удовлетворению уникальных и повышенных потребностей во время хаджа, в частности для снижения эпидемиологических рисков<sup>79</sup>.

93. В Испании инструкция № 3/2017 государственного секретаря по вопросам безопасности устанавливает протокол действий сил и корпусов государственной безопасности в ответ на агрессию в отношении медицинских работников. Это значительный шаг на пути к обеспечению физического и эмоционального благополучия медико-санитарного и медико-социального персонала, гарантирующий, что он сможет выполнять свои обязанности, не опасаясь насилия или преследований<sup>80</sup>.

94. В Ираке закон о защите врачей (Закон 2013 года № 26) касается физического насилия, неправомерных претензий со стороны племенных властей и незаконных требований к врачам, создавая основу для обеспечения их безопасности и позволяя им выполнять свои обязанности, не опасаясь насилия или неправомерного давления<sup>81</sup>.

95. В Уругвае Закон № 19 529 от 2017 года определяет психическое здоровье в качестве одного из основных прав человека как пациентов, так и медицинских работников. Признавая сложные условия работы, которые часто негативно сказываются на эмоциональном состоянии медицинских работников, Закон направлен на создание более благоприятной среды для тех, кто оказывает психиатрическую помощь<sup>82</sup>.

96. Буэнос-Айресское обязательство, принятое в 2022 году на Региональной конференции по вопросу о положении женщин в Латинской Америке и Карибском бассейне, организованной Экономической комиссией для Латинской Америки и Карибского бассейна, знаменует собой трансформирующий шаг на пути к признанию ухода как права.

<sup>76</sup> Материал, представленный Евразийской коалицией по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию.

<sup>77</sup> Материал, представленный Центром по вопросам равенства, права и политики в области здравоохранения. См. также материал, представленный Индией.

<sup>78</sup> Материал, представленный Колумбией.

<sup>79</sup> Материал, представленный Саудовской Аравией.

<sup>80</sup> Материал, представленный Испанией.

<sup>81</sup> Материал, представленный Ираком.

<sup>82</sup> Материал, представленный Уругваем.

97. Законодательство Филиппин обеспечивает надежную правовую основу защиты прав и благосостояния медико-санитарных и социальных работников<sup>83</sup>.

#### **XIV. Выводы и рекомендации**

98. Специальный докладчик по вопросу о праве на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья подчеркивает важность признания решающей роли медико-санитарных и социальных работников для реализации права на здоровье и других прав, связанных со здоровьем. Таким образом, первоочередное внимание должно уделяться защите их собственных прав и применению межсекторального, основанного на научных данных и правах подхода.

99. Специальный докладчик подтверждает, что медицинская практика сама по себе является инструментом поощрения прав человека и что медико-санитарные и социальные работники играют решающую роль в преобразовании патриархальных и патерналистских медицинских систем<sup>84</sup>.

100. Специальный докладчик рекомендует государствам и другим заинтересованным сторонам:

a) обеспечить достаточные и устойчивые ресурсы для укрепления систем здравоохранения, гарантировать честные и справедливые условия труда, включая справедливое вознаграждение медико-санитарных и социальных работников и предоставление им инструментов их ремесла, особенно для исторически наиболее маргинализированных и социально отчужденных групп населения;

b) руководствуясь своими обязательствами по международному праву, принимать меры по обеспечению справедливых механизмов найма, распределения и удержания кадров для устойчивого и справедливого кадрового обеспечения системы здравоохранения и ухода;

c) расширить защиту медико-санитарных и социальных работников, разоблачающих политически или коммерчески мотивированное вмешательство в системы здравоохранения, исследования и оказание медицинской помощи, включая случаи влияния фармацевтической или страховой индустрии на уход за пациентами;

d) усилить надзор за коммерческим влиянием в сфере здравоохранения, включая финансирование фармацевтики, частное страхование, стандарты и протоколы медицинской помощи и медицинские исследования, чтобы защитить медико-санитарных и социальных работников от этических конфликтов и ненадлежащего давления, которые ставят под угрозу оказание помощи пациентам;

e) уделять первоочередное внимание набору и удержанию медико-санитарных и социальных работников из сельских районов, общин коренных народов и общин, слабо охваченных услугами системы здравоохранения, обеспечивая возможности профессионального развития и системы поддержки;

f) обеспечить медико-санитарным и социальным работникам доступ к комплексным медицинским услугам, включая наблюдение, профилактику, вакцинацию, консультирование, лечение, реабилитацию и поддержку при профессиональных заболеваниях, травмах и психических расстройствах на безвозмездной для работника основе;

<sup>83</sup> См. URL: <https://www.studocu.com/ph/document/liceo-de-cagayan-university/fundamentals-of-nursing/republic-act-no-7305-the-magna-carta-of-public-health-workers-supreme-court-e-library/108876039>.

<sup>84</sup> A/76/172, п. 80.

g) принять или изменить законодательство и политику для защиты родительских прав медико-санитарных и социальных работников, в частности гарантировать адекватный отпуск по уходу за ребенком, разумное время для кормления грудью и соответствующие условия и другие приспособления;

h) внедрить и полностью соблюдать обязательства и рекомендации МОТ по обеспечению безопасных и справедливых условий труда, в том числе в отношении ограничений по продолжительности рабочего дня, отдыха, нагрузки, систем поддержки и инструментов оценки рисков насилия и домогательств;

i) усилить защиту медико-санитарных и социальных работников — мигрантов, в частности при помощи справедливых трудовых договоров, признания иностранных дипломов и обеспечения прозрачных путей перехода к стабильным формам правового статуса, таким как долгосрочное резидентство или гражданство, чтобы уменьшить неопределенность и уязвимость для эксплуатации;

j) устранить барьеры, препятствующие доступу к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, связанные с конфиденциальностью и отказом по соображениям совести, пересмотреть нормативно-правовую базу, обеспечить декриминализацию аборт и отсутствие барьеров для доступа к сексуальным и репродуктивным правам;

k) изучить возможность заключения этических и основанных на правах человека двусторонних соглашений о статусе медико-санитарных и социальных работников из числа мигрантов, чтобы обеспечить работникам-мигрантам справедливую заработную плату, условия труда и возможности карьерного роста, не допуская истощения рабочей силы в странах их происхождения;

l) укреплять правовую базу, обеспечивающую защиту, продвижение и соблюдение основанных на международном праве прав человека и международном гуманитарном праве международных гарантий для медико-санитарных и социальных работников в ситуациях конфликта, геноцида и насилия. Постконфликтная политика должна быть детально проработана и ограничена по времени и предусматривать участие работников здравоохранения, гражданского населения и других заинтересованных сторон;

m) обновить педагогические основы медицинского образования и учебные программы, используя основанный на правах человека и ориентированный на интересы сообществ подход, воплощающий этические практики и расширяющий возможности как врачей, так и пациентов;

n) создать отличающиеся разнообразием состава комитеты медико-санитарных и социальных работников для консультирования по вопросам ответственности за возмещение ущерба в случаях ненадлежащего обращения или насилия в отношении работников, а также для предотвращения потенциальных нарушений прав отдельных лиц со стороны работников здравоохранения;

o) обеспечить доступность и конфиденциальность психиатрической помощи, которая должна включать в себя медицинскую профилактику, выявление, лечение и реабилитацию психических расстройств, связанных с профессиональной деятельностью.

101. Медико-санитарные и социальные работники являются защитниками прав человека. В мире, где полное осуществление права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья остается далекой целью, медико-санитарные и социальные работники играют ключевую роль в обеспечении прав человека в своей практике, что особенно касается, среди прочего, прав на недискриминацию, фактическое равноправие, автономию и неприкосновенность частной жизни.

102. Необходим срочный переворот в сознании, который позволит переосмыслить системы здравоохранения, сделав их устойчивыми, справедливыми и обеспечивающими достойное и сочувственное отношение к

**людям, имеющим решающее значение для функционирования систем здравоохранения, создав тем самым среду, в которой этих людей будут ценить и в которой они сами будут получать надлежащую заботу.**

---