



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
8 October 2004
Russian
Original: English

Пятьдесят девятая сессия

Пункт 105(b) повестки дня

**Вопросы прав человека: вопросы прав человека,
включая альтернативные подходы в деле содействия
эффективному осуществлению прав человека и
основных свобод**

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Записка Генерального секретаря*

Генеральный секретарь имеет честь препроводить Генеральной Ассамблее доклад Специального докладчика Комиссии по правам человека Пола Ханта о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, представленный в соответствии с резолюцией 2004/27 Комиссии.

* Настоящий доклад представлен с опозданием, с тем чтобы включить в него как можно больше самой последней информации.

Резюме

В настоящем докладе содержится информация о деятельности Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья («право на здоровье») за период, прошедший после представления Комиссии по правам человека его последнего доклада (E/CN.4/2004/49), и о вопросах, представляющих для него особый интерес.

В разделе II говорится о том, что одной из наиболее отличительных черт целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, является то значение, которое в них отводится вопросам охраны здоровья. Специальный докладчик показывает, как реализация права на здоровье может способствовать достижению целей в области развития здравоохранения, сформулированных в Декларации тысячелетия, в частности, например, за счет обеспечения того, чтобы меры по вертикальному укреплению здравоохранительных структур отвечали интересам создания эффективной системы здравоохранения, а также посредством укрепления цели 8 (формирование глобального партнерства в интересах развития).

В разделе III вкратце говорится о существовании во многих странах глубокого неравенства в осуществлении коренными народами права на здоровье и содержится призыв к срочному принятию согласованных мер на местном, национальном и международном уровнях, с тем чтобы изменить эту ситуацию.

В своем предварительном докладе Комиссии по правам человека (E/CN.4/2003/58) Специальный докладчик отметил, что для контроля за прогрессом в области реализации права на здоровье государство должно иметь необходимые показатели и ориентиры. В своем первом промежуточном докладе Генеральной Ассамблее (A/58/427) Специальный докладчик предложил методологию применения показателей, касающихся реализации права на здоровье. В разделе IV настоящего доклада он, на экспериментальной основе, использует такую методологию применительно к одному из важнейших элементов права на здоровье: выживанию детей.

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1–4	4
II. Цели в области развития здравоохранения, сформулированные в Декларации тысячелетия	5–54	4
III. Право коренных народов на здоровье	55–58	16
IV. Право на здоровье, выживание детей и показатели	59–84	18
V. Выводы	85–88	32
Приложение: Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, и нормы в области защиты прав человека		34

I. Введение

1. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья («право на здоровье») представил свой предварительный доклад (E/CN.4/2003/58) Комиссии по правам человека на ее пятьдесят девятой сессии в соответствии с мандатом, изложенным в резолюции 2002/31 Комиссии. В своей резолюции 2003/28 Комиссия с интересом приняла к сведению доклад Специального докладчика и попросила его, среди прочего, ежегодно представлять промежуточный доклад Генеральной Ассамблее о деятельности, осуществляемой в рамках его мандата. Первый промежуточный доклад Специального докладчика содержится в документе A/58/427.

2. На своей пятьдесят восьмой сессии Генеральная Ассамблея впервые приняла резолюцию о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (58/173). Ассамблея с интересом приняла к сведению промежуточный доклад Специального докладчика и, в частности, предложенный им подход, предусматривающий «охват обязанностей государств на всех уровнях в рамках его будущей работы по определению путей оценки прогрессивной реализации права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, и его усилия по применению этого подхода к таким узкоспециальным областям здравоохранения, как области, связанные с основными лекарствами, сексуальным здоровьем и репродуктивным здоровьем, ВИЧ/СПИДом, здоровьем детей и водоснабжением и санитарией».

3. Специальный докладчик представил свой ежегодный доклад Комиссии на ее шестидесятой сессии (E/CN.4/2004/49 и Add.1 и 2). В своей резолюции 2004/27 Комиссия приняла к сведению этот доклад и снова просила Специального докладчика ежегодно представлять доклад Комиссии и промежуточный доклад Генеральной Ассамблее о деятельности, осуществляемой в рамках его мандата. Настоящий доклад представляется в соответствии с резолюцией 2004/27 Комиссии.

4. После представления своего ежегодного доклада Комиссии в феврале 2004 года Специальный докладчик совершил поездки в Перу (5–15 июня) и Румынию (23–27 августа) по приглашению правительств этих стран¹. Доклады об итогах этих поездок, а также о его поездке в Мозамбик, состоявшейся в декабре 2003 года, будут представлены Комиссии на ее шестьдесят первой сессии. Кроме того, Специальный докладчик выступил с рядом срочных призывов и другими обращениями к различным правительствам, а также выпустил пресс-релизы по широкому кругу вопросов, касающихся роли торговых соглашений в расширении доступа к лекарственным препаратам и необходимости соблюдения права на здоровье в конфликтных ситуациях, которые будут отражены в его предстоящем ежегодном докладе Комиссии.

II. Цели в области развития здравоохранения, сформулированные в Декларации тысячелетия

5. Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, являются важнейшими стратегическими направлениями в деятельности Орга

низации Объединенных Наций. Эти цели дают правозащитным организациям реальную возможность оказывать влияние на формирование стратегий и программ борьбы с нищетой на национальном и международном уровнях. Реализация ЦРДТ способствует прогрессу в области прав человека, а прогресс в области прав человека будет способствовать реализации ЦРДТ.

6. Хотя вопросам достижения ЦРДТ посвящено очень большое количество публикаций, вопрос о правах человека затронут в этом множестве материалов лишь поверхностно². Это обстоятельство вызывает особое удивление, учитывая тесную взаимосвязь между отдельными целями и правами человека, включая право на здоровье, право на образование, право на питание, право на жилище и право на гендерное равенство. В своем докладе, в котором содержится план осуществления Декларации тысячелетия, Генеральный секретарь указал, что «экономические, социальные и культурные права лежат в основе всех целей в области развития, провозглашенных в Декларации тысячелетия» (A/56/326, пункт 202).

7. В этой главе Специальный докладчик указывает на тот вклад, который право на здоровье может внести в дело достижения целей в области охраны здоровья, установленных в ЦРДТ³. Главная мысль заключается в том, что права человека и право на здоровье дополняют многие стоящие задачи в осуществлении целей. Ввиду ограничений по объему страниц изложение вопросов представлено в лаконичной и наглядной форме⁴.

Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия

8. В ходе Саммита тысячелетия, состоявшегося в Нью-Йорке в сентябре 2000 года, представители 189 государств-членов, в том числе 147 глав государств и правительств, приняли Декларацию тысячелетия Организации Объединенных Наций. Декларация устанавливает принципы и ценности, которые будут лежать в основе международных отношений в новом столетии, а также определяет семь областей, в которых руководители государств взяли на себя ряд конкретных обязательств. В число семи областей деятельности входят, в частности, развитие, ликвидация нищеты и права человека.

9. Генеральный секретарь разработал план осуществления Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (A/56/326), в котором поставлены конкретные цели в каждой из семи областей деятельности. Цели в главе III доклада, посвященной проблемам развития и ликвидации нищеты, известны сегодня как цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия. В главе V, посвященной правам человека, демократии и благому правлению, отражены шесть обязательств в области прав человека, сформулированных в Декларации тысячелетия. Восемь целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и шесть обязательств в области прав человека, сформулированных в Декларации тысячелетия, являются взаимодополняющими и взаимоусиливающими.

10. После принятия Декларации приверженность делу реализации поставленных в ней задач неоднократно подтверждалась, в частности в рамках Монтеррейского консенсуса, принятого на Международной конференции по финансированию развития в 2002 году. Сегодня все «сообщество» Организации Объединенных Наций придает первостепенное значение достижению этих целей. Насколько известно Специальному докладчику, со времени основания Органи-

зации Объединенных Наций в 1945 году никакой другой комплекс международных обязательств и политических целей не привлекал столь широкого, пристального и постоянного внимания.

Цели в области развития здравоохранения, сформулированные в Декларации тысячелетия

11. Одной из наиболее отличительных черт ЦРДТ является то значение, которое в них отводится вопросам охраны здоровья. Четыре из восьми целей непосредственно касаются сферы охраны здоровья:

- сокращение детской смертности (цель 4);
- улучшение охраны материнства (цель 5);
- борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями (цель 6);
- обеспечение экологической устойчивости (в том числе сократить вдвое долю людей, не имеющих постоянного доступа к чистой питьевой воде) (цель 7).

Еще две цели тесно связаны со сферой здравоохранения: цель 1 (ликвидация крайней нищеты и голода) и цель 8 (формирование глобального партнерства в интересах развития)⁵. Две оставшиеся цели (обеспечение всеобщего начального образования и расширение прав и возможностей женщин, цели 2 и 3) оказывают непосредственное воздействие на состояние здоровья населения. Документально подтверждено, что девочки и женщины, получившие образование, лучше следят за своим здоровьем и питанием, равно как за здоровьем и питанием своих детей.

12. Кроме того, по крайней мере 8 из 16 задач в рамках ЦРДТ и 17 из 48 показателей касаются сферы здравоохранения⁶.

13. Реализация задач в области охраны здоровья имеет важнейшее значение для достижения ЦРДТ, поскольку такая деятельность вносит важный вклад в сокращение нищеты и развитие. Повышение уровня здоровья населения — это не только результат деятельности в области сокращения нищеты и развития, но и инструмент реализации этих задач. И даже более того. Международное право, а также национальные конституции во многих странах признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья

14. Концепция права на здоровье подробно отражена в обширном и разнообразном массиве документов международного права и национального законодательства. В своих различных докладах Специальный докладчик уже излагал вопросы применения таких законодательных норм и практики и подвергал их анализу. Он не будет повторять свой анализ в настоящем документе, а ограничится для удобства пользования представлением краткой справочной информации о праве на здоровье.

15. В Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), принятом в 1946 году, признается основное право человека на здоровье. Спустя два года Всеобщая декларация прав человека заложила фундамент для формирования

международно-правовой базы, закрепляющей право на здоровье. С тех пор право на здоровье было кодифицировано во многих имеющих обязательную юридическую силу международных и региональных договорах по правам человека. Наиболее детализированное договорное трактование этого права содержится в Конвенции о правах ребенка, которая была ратифицирована всеми государствами, за исключением двух государств. Помимо этого, имеющие обязательную юридическую силу договоры начинают нарабатывать прецеденты и судебную практику, которые проливают свет на содержание права на здоровье. Это право закреплено также в национальных конституциях многих стран: более 100 конституционных положений касаются права на здоровье, права на медицинское обслуживание, а также других прав, связанных с охраной здоровья, в частности права на здоровую окружающую среду. К тому же, в некоторых государствах конституционные положения о праве на здоровье в значительной степени способствовали наработке судебной практики, как, к примеру, дело *Висеконти против министерства здравоохранения и социального обеспечения*, находившееся на рассмотрении Аргентинского суда в 1998 году⁷.

16. Право на здоровье включает в себя не только право на медицинское обслуживание. Оно выходит за рамки простого медицинского обслуживания и охватывает вопросы доступа к чистой питьевой воде, надлежащим санитарным условиям и информации по медицинским вопросам, в том числе по вопросам сексуального здоровья и репродуктивного здоровья. Это право предусматривает свободы, в частности право на свободу от дискриминации и принудительной стерилизации. Оно также включает смежные права, в частности право на систему здравоохранения. Это право состоит из множества элементов, включая охрану здоровья матери и ребенка и доступ к основным лекарствам. Как и другие права человека, это право предусматривает особую защиту тех, кто лишен средств к существованию и находится в уязвимом положении и живет в условиях нищеты. Это право требует создания эффективной, общедоступной системы здравоохранения высокого качества.

17. Хотя право на здоровье подлежит прогрессивному осуществлению, оно устанавливает ряд обязательств, имеющих безотлагательный характер, в частности обязательство не допускать дискриминационной практики. Для осуществления контроля за прогрессом в реализации этого права необходимы соответствующие показатели и ориентиры. Право на здоровье предполагает также активное и осознанное участие отдельных лиц и общин в процессе принятия решений в области здравоохранения, затрагивающих их интересы. В соответствии с международным правом в области защиты прав человека развитые государства имеют ряд обязательств в отношении осуществления права на здоровье в бедных странах. Право на здоровье влечет за собой возникновение смежных прав и обязанностей, и поэтому оно требует создания эффективных механизмов отчетности.

18. Из приведенного выше краткого обзора видно, что между целями в области развития здравоохранения, сформулированными в Декларации тысячелетия, и правом на здоровье существует много общего. В приложении показаны отдельные цели в области развития и соответствующие им положения международных документов в области прав человека.

19. В заключение необходимо отметить, что наше понимание права на здоровье постоянно углубляется. Конечно, существуют серые зоны, по которым ве

дется честная полемика и возникают разногласия, как и в любой другой области исследований. Вместе с тем важно то, что право на здоровье не является лозунгом; оно имеет нормативную силу, включает в себе некие конструктивные и конкретные элементы, характеризующие выполнение задач сокращения нищеты и развития и достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

Какой вклад реализация права на здоровье вносит в достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия?

20. В следующих ниже пунктах приводятся несколько примеров того, какой вклад право на здоровье вносит в достижение целей в области развития здравоохранения, сформулированных в Декларации тысячелетия. В одних случаях примеры свидетельствуют о том, как права человека в целом способствуют расширению участия населения, а в других они показывают, как право на здоровье конкретно помогает понять необходимость повышения эффективности системы здравоохранения. По ряду причин, и не в последнюю очередь из-за недостатка места, сюда не включен подробный анализ конкретных целей в рамках ЦРДТ, хотя вопросам реализации цели 8 (формирование глобального партнерства в интересах развития) посвящено несколько пунктов раздела.

Оказание помощи неимущим и уязвимым слоям населения в достижении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия

21. Сходные принципы недискриминации и равенства входят в число основополагающих элементов международной системы прав человека, включая право на здоровье. Оба принципа закреплены и подробно изложены в многочисленных международных документах. Международное сообщество учредило два договорных органа в области прав человека (один в интересах женщин, другой по расовым вопросам), которые занимаются исключительно вопросами недискриминации и равенства.

22. Цели в области развития здравоохранения, сформулированные в Декларации тысячелетия, определены с использованием терминологии усредненных социальных показателей, например: снизить на три четверти коэффициент материнской смертности (цель 5). Между тем усредненные показатели по населению в целом могут создать обманчивую картину: улучшение средних медицинских показателей может маскировать их снижение для некоторых групп неимущей части населения. По этой причине интересы защиты прав человека диктуют необходимость того, чтобы все соответствующие данные, насколько это практически возможно, приводились в разбивке по запрещенным признакам дискриминации. Это позволит осуществлять мониторинг за положением уязвимых групп населения — женщин, живущих в условиях нищеты, коренных народов, меньшинств и т.д. — и разрабатывать конкретные стратегии, направленные на улучшение положения таких групп⁸.

23. Это одно из направлений работы, где осуществление права на здоровье может внести конкретный вклад в дело достижения целей в области развития здравоохранения, сформулированных в Декларации тысячелетия. По причине повышенного внимания, которое международная система защиты прав человека уделяла этим вопросам в течение многих лет, включая систематическое рассмотрение сотен докладов государств об их законодательстве и практике, эта

система располагает богатым опытом в решении вопросов недискриминации и равенства, который может помочь выбрать такие стратегии по осуществлению целей в области охраны здоровья, которые будут проводиться в интересах каждого отдельного человека и групп населения, включая обездоленные слои.

Активизация участия

24. Неотъемлемым элементом права на здоровье является участие. Хотя право на участие в управлении государственными делами неразрывно связано с реализацией основополагающих демократических принципов, то в данном случае это право выходит за рамки простого участия в свободных и справедливых выборах. Оно также предполагает активное и осознанное участие отдельных лиц и общин в процессе принятия решений, которые затрагивают их интересы, в том числе решений, касающихся здоровья. Другими словами, в контексте права на здоровье процессам, посредством которых реализуются цели в области охраны здоровья, придается такая же важность, как и самим целям.

25. Хотя инициативы по разработке стратегий в области развития и сокращения масштабов нищеты должны исходить от самих стран, эта ответственность страны не должна трактоваться в узком смысле и сводиться только к ответственности правительства. Стратегия должна осуществляться широким кругом заинтересованных сторон, в том числе с участием групп населения, которые проживают в нищете. Конечно, цели достигаются не сразу, и на это требуется время. Для обеспечения участия тех, кто обычно отстранен от процессов формирования политики, необходимы новаторские механизмы. Кроме того, в этих механизмах должны быть учтены интересы демократических структур местного и национального уровня.

26. При всей важности инициативы по осуществлению Декларации тысячелетия в ней прослеживаются некоторые элементы старого, директивного, пассивного подхода к развитию. Более широкое признание права на здоровье позволит ограничить влияние этих технократических тенденций, обеспечить участие обездоленных лиц и общин и тем самым повысить шансы на достижение установленных целей в области развития здравоохранения в интересах всех слоев населения.

Разработка мер по вертикальному укреплению здравоохранительных структур должна служить интересам системы повышения эффективности здравоохранения

27. Право на здоровье предполагает, среди прочего, создание эффективной, общедоступной системы здравоохранения высокого качества. В большинстве своем цели в области развития здравоохранения, сформулированные в Декларации тысячелетия, касаются отдельных заболеваний или состояния здоровья отдельных категорий населения — малярия, туберкулез, ВИЧ/СПИД, охрана здоровья матери и ребенка — и предусматривают в основном принятие узконаправленных мер по вертикальному укреплению структур здравоохранения. Отдельные меры такого рода не могут служить прочным фундаментом для построения эффективной системы здравоохранения. Более того, такие меры по укреплению вертикали отвлекают ресурсы и истощают и без того слабый потенциал и могут даже поставить под угрозу прогресс в деле достижения долгосрочной цели добиться создания эффективной, общедоступной системы здра

воохранения. Должное внимание к осуществлению права на здоровье, с акцентом на повышение эффективности системы здравоохранения, может способствовать обеспечению того, чтобы меры по вертикальному укреплению здравоохранительных структур были направлены на формирование эффективной системы здравоохранения, доступной для всех.

28. В этом контексте Специальный докладчик с интересом отмечает идею разработки нового инструмента — «оценки воздействия системы здравоохранения», — с помощью которого будет проводиться оценка ожидаемого воздействия предлагаемых мер на конкретную систему здравоохранения, как это рекомендовано Целевой группой 4 Проекта тысячелетия по вопросам охраны здоровья матери и ребенка в ее промежуточном докладе.

Больше внимания специалистам системы здравоохранения

29. Специалисты системы здравоохранения — врачи, медицинские сестры, акушерки, техники, администраторы и т.д. — играют исключительную роль в деле реализации целей в области развития здравоохранения, сформулированных в Декларации тысячелетия. Вместе с тем в системе здравоохранения целого ряда стран наблюдается кризис людских ресурсов. До тех пор пока положению сотрудников здравоохранительных учреждений не будет уделяться самое серьезное внимание, трудно представить, как во многих странах можно будет достичь целей в области развития здравоохранения, сформулированных в Декларации тысячелетия. Тяжелое положение сотрудников здравоохранительных учреждений тесно связано с реализацией права на здоровье. Например, справедливые условия труда таких сотрудников являются одним из элементов права на здоровье. «Утечка специалистов» среди сотрудников здравоохранительных учреждений из стран Юга в страны Севера также является элементом права на здоровье, равно как и миграция медицинских работников из сельской местности в города внутри страны. «Утечка специалистов» из стран Юга в страны Севера касается цели 8, поскольку условия труда в странах Севера работников медицинской сферы из развивающихся стран и истощают их кадровый ресурс. Осуществление права на здоровье может способствовать тому, чтобы таким сложным вопросам, касающимся специалистов здравоохранения, которые оказывают непосредственное воздействие на достижение ЦРДТ в области развития здравоохранения, сформулированным в Декларации тысячелетия, было уделено более пристальное внимание, которого они заслуживают.

Сексуальное и репродуктивное здоровье

30. Как хорошо известно, термин «сексуальное и репродуктивное здоровье» был исключен из перечня целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Однако эффективность стратегий в области развития, которые не охватывают вопросы охраны сексуального и репродуктивного здоровья, будет находиться под вопросом. Поэтому в действительности цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, все же охватывают вопросы сексуального и репродуктивного здоровья, в частности вопросы охраны здоровья матери и ребенка и ВИЧ/СПИД. Как это подтверждено Комиссией по правам человека в резолюции 2003/28, «сексуальное здоровье и репродуктивное здоровье являются неотъемлемыми элементами права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Специальный докладчик в своем докладе Комиссии на ее шестиде

сятой сессии проанализировал объем прав на сексуальное и репродуктивное здоровье в контексте результатов всемирных конференций, состоявшихся в Каире и Пекине. Он не будет повторно излагать этот анализ в настоящем документе, но вместе с тем отмечает, что сексуальное и репродуктивное здоровье предполагает, что мужчины и женщины вольны принимать решение о том, следует ли им воспроизводить потомство и когда это делать. Это подразумевает право быть информированным и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов.

31. В контексте достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, этот элемент права на здоровье призван играть решающую роль в i) утверждении важнейшего принципа охраны сексуального и репродуктивного здоровья в нынешней глобальной борьбе с нищетой; и ii) заострении внимания на многочисленных правозащитных аспектах вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

Укрепление цели 8: формирование глобального партнерства в интересах развития

32. Развитые государства несут определенную ответственность за осуществление права на здоровье в развивающихся странах. Такая ответственность вытекает, в частности, из положений международных документов в области защиты прав человека, касающихся международной помощи и сотрудничества. При этом важно отметить, что международную помощь и сотрудничество не следует понимать только как финансовую и техническую помощь: это понятие также включает ответственность развитых государств за активное содействие установлению международного порядка, способствующего ликвидации нищеты и осуществлению права на здоровье в развивающихся странах.

33. Как и другие права человека и обязанности, параметры международной помощи и сотрудничества еще четко не разработаны. Однако в принципе международная помощь и сотрудничество предусматривают необходимость того, чтобы те, кто в состоянии помочь, во-первых, воздерживались от действий, которые могут затруднить осуществление неимущими группами населения их права на здоровье, и, во-вторых, принимать меры, нацеленные на устранение препятствий, затрудняющих осуществление неимущими слоями населения права на здоровье.

34. Правозащитный подход к трактовке понятия международной помощи и сотрудничества во многом созвучен с целью 8 и принципами глобальной справедливости и общей ответственности, которые закреплены в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, а также в Монтеррейском консенсусе. Кроме того, поскольку правозащитный подход к трактовке понятия международной помощи и сотрудничества закреплен в имеющих обязательную юридическую силу международных документах в области прав человека, такая концепция служит юридическим подкреплением цели 8, а также принципов глобальной справедливости и общей ответственности, закрепленных в Декларации и Монтеррейском консенсусе.

35. В пунктах 42–46 ниже Специальный докладчик возвращается к важнейшему вопросу ответственности развитых стран за осуществление цели 8.

Усиление отчетности

36. Международные нормы в области прав человека расширяют возможности отдельных лиц и общин, предоставляя им новые права и возлагая юридические обязанности на других. При этом важно отметить, что права и обязанности требуют отчетности: если не обеспечить их поддержку системой отчетности, они превратятся в пустой лозунг. Поэтому правозащитный подход — или закрепление права на здоровье — устанавливает определенные обязанности и предусматривает отчетность за свое поведение всех тех, на кого возложены такие обязанности.

37. Термин «отчетность» слишком часто используется в значении вины и наказания⁹. Однако столь узкое понимание этого термина является слишком ограниченным. В рамках механизма обеспечения отчетности за осуществление права на здоровье устанавливается, какие стратегии и учреждения в области здравоохранения работают, а какие — не работают и почему, с целью более эффективного обеспечения права на здоровье для всех. Подобный механизм отчетности должен быть эффективным, транспарентным и доступным. Как представляется, Целевая группа 4 по вопросам охраны здоровья матери и ребенка имеет в виду именно такое понимание отчетности, выступая за «конструктивную отчетность».

38. Отчетность проявляется во многих формах. На международном уровне первичную форму отчетности призваны обеспечивать договорные органы по правам человека, а на национальном уровне определенный уровень отчетности обеспечивает комиссар по вопросам здравоохранения или омбудсмен. Еще одним видом механизма отчетности является избранный на демократической основе местный совет по вопросам здравоохранения. Повышению уровня отчетности могут также способствовать такие административные механизмы, как проведение публичной оценки воздействия системы здравоохранения. Для осуществления такого сложного права человека, как право на здоровье, требуется широкий спектр механизмов отчетности, при этом формы и сочетания различных механизмов могут быть разными в различных государствах.

39. Механизмы отчетности за осуществление целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, являются еще слабыми. Одним из возможных инструментов обеспечения отчетности является представление национальных докладов о ходе достижения ЦРДТ. К настоящему времени уже опубликовано более 60 таких докладов, подавляющее большинство которых касается стран с низким или средним уровнем дохода. В своей оценке этих докладов Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) отмечает, что они «становятся одним из важнейших инструментов отслеживания прогресса на национальном уровне и контроля за ним»¹⁰. Однако они в первую очередь предназначаются для «пропаганды соответствующих результатов», а не для разработки политики или отчетности¹¹.

40. Права человека, включая право на здоровье, могут усилить слабые механизмы отчетности, которые ассоциируются в настоящее время с реализацией всех целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, по меньшей мере двумя путями. Во-первых, если существующие механизмы

отчетности в области соблюдения прав человека будут обеспечены необходимой информацией и ресурсами, то такие органы смогут поднимать вопрос об адекватности усилий государств, предпринимаемых для достижения этих целей. Например, в рамках рассмотрения тем или иным договорным органом по правам человека периодического доклада какого-либо государства можно рассмотреть вопрос о реализации тех целей, которые подпадают под мандат данного договорного органа. В рамках страновых миссий специальные докладчики могли бы рассматривать вопрос о достижении тех целей, которые подпадают под их мандаты. На страновом уровне национальный механизм по правам человека мог бы создать группу по наблюдению за реализацией ЦРДТ и отчетности за их достижение.

41. Во-вторых, права человека постоянно напоминают о важнейшем значении отчетности за осуществление целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Права человека не обеспечивают эффективного стандартного механизма отчетности, который может быть применен в отношении ЦРДТ. Международное сообщество — и другие участники — должны разработать надлежащие, эффективные, транспарентные и доступные механизмы отчетности для их включения в стратегии достижения ЦРДТ. Если этого не сделать, то стратегии реализации ЦРДТ будут лишены неотъемлемого компонента прав человека, и, что представляется еще более важным, возможности достижения этих целей будут серьезно подорваны.

Усиление отчетности в отношении реализации цели 8

42. Механизмы отчетности в отношении достижения всех целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, являются слабыми вообще и особенно в отношении цели 8. В докладе ПРООН об оценке отмечается, что «совсем небольшое число стран представляют доклады в отношении цели 8», и подчеркивается, что «чрезвычайно важно отслеживать прогресс в деле достижения цели 8»¹². Доклады о ходе достижения цели 8 опубликовали всего лишь несколько развитых стран, включая Нидерланды, Данию и Швецию, показав хороший пример, которому как можно быстрее должны последовать все развитые страны. Хотя самоконтроль со стороны развитых государств в отношении достижения цели 8 является шагом в правильном направлении, такой инструмент не является надлежащей формой отчетности.

43. Среди развивающихся стран уже давно бытуют представления о том, что механизмы отчетности разбалансированы и применяются главным образом в отношении их самих, в то время как развитые страны уклоняются от отчетности, не выполняя своих международных обещаний и обязательств, имеющих особо важное значение для развивающихся стран¹³. К сожалению, эти представления подтверждаются тем, каким образом реализуется инициатива по достижению ЦРДТ. Основное бремя отчетности о ходе достижения ЦРДТ ложится главным образом на страны с низким и средним уровнем дохода. Даже самоконтроль за достижением цели 8 со стороны развитых стран является крайне слабым. Такой дисбаланс не соответствует принципам взаимности, общей ответственности и взаимной отчетности, на которых основаны Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций и сформулированные в ней цели.

44. Этот дисбаланс вызывает особое сожаление, поскольку цель 8 имеет важнейшее значение для развивающихся стран, для многих из которых характерна крайняя нищета в общенациональных масштабах. Для них вопрос состоит не в более высоком уровне эффективности или более справедливом распределении между их гражданами (хотя эти соображения часто имеют важное значение); вопрос состоит в угрожающей нехватке ресурсов и крайне неадекватных бюджетных средствах. Иными словами, для них цель 8 имеет абсолютно важное значение.

45. С точки зрения обеспечения прав человека, включая право на здоровье, настоятельно необходимо укрепить механизмы отчетности за достижение цели 8. Если международное сообщество не в состоянии достичь согласия в отношении эффективных, транспарентных и доступных механизмов отчетности за осуществление цели 8, то развивающиеся страны могут сами учредить свой собственный независимый механизм отчетности для отслеживания за выполнением развитыми странами обязательств в отношении цели 8.

46. Специальный докладчик подтверждает, что он придает особо важное значение отчетности в отношении цели 8, поскольку достижение многими развивающимися странами целей в области развития здравоохранения, сформулированных в Декларации тысячелетия, во многом зависит от выполнения развитыми государствами своих обязательств в отношении цели 8.

Выводы

47. Стратегии, разработанные с учетом права на здоровье, обладают более высокой степенью эффективности, справедливости, жизнеспособности, демократизма и актуальности для групп населения, проживающих в условиях нищеты.

48. Право на здоровье позволяет установить четкую нормативную базу, подкрепляющую цели в области развития здравоохранения, сформулированные в Декларации тысячелетия. Такая база вытекает из международных документов по правам человека. Международные документы в области прав человека, в которых закреплены всемирно признанные нравственные ценности и юридические обязательства, представляют собой внушительную нормативную базу для разработки национальных и международных стратегий, направленных на достижение этих целей.

49. В своей резолюции 2004/27 Комиссия по правам человека подтвердила важность учета права на здоровье в рамках процессов разработки политики. Исходя из целей в области развития здравоохранения, сформулированных в Декларации тысячелетия, Комиссия рекомендовала государствам «должным образом учитывать необходимость реализации права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья при разработке своих соответствующих национальных и международных стратегий». Комиссия не ограничилась упоминанием ответственности государств; она также настоятельно призвала «все международные организации», мандаты которых затрагивают право каждого человека на здоровье, «учитывать национальные и международные обязательства своих членов, имеющие отношение к [праву на здоровье]».

50. Право на здоровье — и другие права человека — необходимо включить в четыре элемента основной стратегии Организации Объединенных Наций по достижению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Независимо от своих возможностей, те немногие члены целевых групп по осуществлению Проекта тысячелетия, которые осведомлены о правах человека, не смогут сами обеспечить уделение правам человека того внимания, которого они заслуживают. Недостаточным будет также для этого получить замечания экспертов в области прав человека по проектам докладов. Для того чтобы права человека и право на здоровье в полной мере способствовали достижению ЦРДТ, необходимо изыскать ресурсы для обеспечения последовательного, согласованного и систематического учета этих вопросов во всех направлениях основной стратегии осуществления ЦРДТ не только на национальном уровне, но также в рамках страновых групп Организации Объединенных Наций.

51. Особо важно, чтобы в предложенном «глобальном плане достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия» четко указывалась и использовалась нормативная база в области прав человека, как это предусмотрено в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций и в плане ее осуществления. В нем должна быть глава, в которой были бы определены базовые нормативные документы по правам человека и содержались примеры того, каким образом права человека дополняют и укрепляют установленные цели в области развития. Затем права человека и право на здоровье следует на последовательной и согласованной основе включить в этот глобальный план, в том числе в его рекомендации.

52. Заключительный доклад каждой целевой группы Проекта тысячелетия должен включать главу, в которой были бы указаны базовые нормативные документы по правам человека и рассматривались бы их последствия для разработки стратегий по тем направлениям деятельности, которой конкретно занимается данная целевая группа¹⁴.

53. Однако включение компонента прав человека в контекст достижения ЦРДТ, включая право на здоровье, ставит сложную задачу перед теми, кто занимается вопросами защиты прав человека и сокращения масштабов нищеты. Традиционные методы и приемы, которые в течение многих лет столь эффективно служили сообществу борцов за права человека, — «установление виновных и осуждение их», кампании написания писем, возбуждение показательных дел в судах и тому подобное — не обеспечат эффективного включения права на здоровье в стратегию осуществления Декларации тысячелетия. Для отражения права на здоровье в контексте реализации ЦРДТ сообществу правозащитных организаций необходимо разработать дополнительные методы и приемы. Например, неизбежной реальностью процесса разработки политики является отбор приоритетов и достижение компромиссов. Таким образом, для участия правозащитных организаций в процессе реализации ЦРДТ им необходимо научиться проводить отбор приоритетов так, чтобы это обеспечивало соблюдение прав человека. Им необходимо будет научиться определять, какие компромиссы допустимы, а какие недопустимы с точки зрения норм и практики в области прав человека. Им также необходимо будет разработать и использовать новые инструменты, в частности оценки воздействия проводимых мероприятий, показатели и ориентиры. При этом, разумеется, сохраняют свое важное значение и хорошо зарекомендовавшие себя методы борьбы за права чело

века: политика реализации ЦРДТ, которая ведет к нарушению прав человека, должна получать отпор с применением традиционных методов борьбы. Тем не менее, при всей важности традиционных методов, они являются не достаточными, и поэтому необходимо разрабатывать дополнительные способы.

54. Со своей стороны, правозащитные организации уже приступают к разработке этих дополнительных методов. Кроме того, лица, которые традиционно занимаются вопросами охраны здоровья и ликвидации нищеты, все больше осознают тот весомый вклад, который могут внести права человека. Выступая во взаимодействии, правозащитные и гуманитарные организации могут способствовать значительному расширению вклада прав человека, включая право на здоровье, в достижение закрепленных в Декларации тысячелетия целей в области развития здравоохранения, доступного для всех.

III. Право коренных народов на здоровье

55. Специальный докладчик выражает серьезную озабоченность в связи с существованием глубокого неравенства в области охраны здоровья коренных народов и некоренных народов во многих странах и общинах всего мира¹⁵. Представители коренных народов, как правило, умирают в более раннем возрасте и в целом живут в худших санитарно-гигиенических условиях, чем другие группы населения. В некоторых районах они в большей степени подвержены таким хроническим заболеваниям, как диабет, гипертония и артрит, и более склонны к потреблению наркотиков, депрессивному состоянию и другим психическим расстройствам, по сравнению с представителями некоренных народов. Показатели самоубийств среди женщин из числа коренных народов в некоторых развитых странах в восемь раз превышают общенациональные средние показатели. В общинах коренных народов наблюдается стремительное распространение ВИЧ/СПИДа и других передаваемых половым путем заболеваний, чему способствуют такие факторы, как социально-экономическая эксплуатация женщин из числа коренных народов, а также отсутствие доступа к информации по вопросам охраны здоровья. Во многих общинах коренных народов показатели младенческой, детской и материнской смертности намного выше, чем среди групп некоренных народов, а для детей из общин коренных народов характерны более низкие показатели вакцинации, более низкие показатели количества учащихся в школах, более высокие показатели отсева и более высокие показатели степени подверженности сексуальной и экономической эксплуатации, по сравнению с детьми из общин некоренных народов, которые как факторы риска способствуют повышению уровня заболеваемости.

56. Этот краткий раздел включен просто для того, чтобы подчеркнуть важное значение этих сложных вопросов, которые Специальный докладчик намеревается проанализировать в своей предстоящей работе. Ему уже была представлена надежная информация о неравенстве в области обеспечения охраны здоровья в общинах коренных народов, включая примеры дискриминации со стороны работников здравоохранения, у которых нет надлежащей профессиональной подготовки и понимания особых потребностей общин коренных народов; отсутствие услуг в области здравоохранения, оказываемых с использованием языков коренных народов; отсутствие систем обеспечения чистой питьевой водой и надлежащими средствами санитарии и последствия загрязнения окружающей среды для здоровья и жизни общин коренных народов; и насилие,

включая сексуальное насилие в отношении женщин из числа коренных народов. Он отмечает множество аналогичных проблем, высказанных Специальным докладчиком по вопросу о положении в области прав человека и основных свобод коренных народов после его недавних поездок в ряд стран. К их числу относятся сообщения о систематической дискриминации общин коренных народов в плане обеспечения доступа к медицинским услугам и качества этих услуг; маргинализация народной медицины коренных народов; высокие показатели распространения таких заболеваний, как диабет; и вызывающие тревогу масштабы самоубийств, особенно среди молодых людей из числа коренных народов¹⁶.

57. В докладе о работе своей третьей сессии (E/2004/43-E/C.19/2004/23) Постоянный форум по вопросам коренных народов предостерег о том, что санитарно-гигиенические условия общин коренных народов ухудшаются в результате недостаточного и ограниченного доступа к услугам здравоохранения, отсутствия надлежащих с точки зрения традиционной культуры подходов к оказанию медицинской помощи, отсутствия лечебных учреждений в отдаленных районах и ухудшения качества окружающей среды, в том числе воздуха, воды и почв, как следствие бесконтрольного промышленного развития. В докладе подчеркивается необходимость устранения факторов, которые оказывают негативное воздействие на реализацию права на охрану здоровья женщин из числа коренных народов, включая право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья. В некоторых странах в настоящее время принимаются позитивные меры по улучшению этих условий. Однако прогресс в осуществлении инициатив по улучшению охраны здоровья населения коренных народов затрудняется из-за нехватки медико-санитарных данных, касающихся конкретных этнических групп, неудач с привлечением коренных народов к разработке и осуществлению стратегий в области здравоохранения и незначительного объема всеобъемлющих исследований по проблемам роста заболеваемости и проявлений неравенства в отношении коренных народов.

58. Специальный докладчик призывает к осуществлению безотлагательных и согласованных усилий на местном, национальном и международном уровнях в целях изменения этих тенденций. В соответствии с международными нормами в области прав человека коренные народы имеют право на конкретные меры по улучшению их доступа к услугам учреждений здравоохранения и медицинскому обслуживанию, а также по повышению основных показателей состояния их здоровья. В рамках этих услуг необходимо обеспечивать учет культурных особенностей, традиционной медицины, лечебной практики и лекарственных средств. В частности, он настоятельно призвал правительства и других участников сделать все возможное для обеспечения:

- а) разбивки данных в области здравоохранения по признакам этнической принадлежности, пола, социально-экономического положения, культурных факторов или принадлежности к тому или иному племени и языка;
- б) активного и информированного участия коренных народов в разработке, осуществлении и мониторинге стратегий и программ в области здравоохранения;
- в) максимально возможного наличия объектов, программ и проектов в области здравоохранения и информации по вопросам охраны здоровья на языках, используемых коренными народами;

d) укрепления программ в области здравоохранения в общинах коренных народов, включая профессиональную подготовку работников системы здравоохранения из числа представителей коренных народов, в целях оказания клинических услуг и предоставления медицинского обслуживания на дому в общинах коренных народов;

e) профессиональной подготовки специалистов в области здравоохранения в целях обеспечения их информированности и осведомленности об этнических и культурных особенностях коренных народов;

f) разработки и осуществления стратегий, поощряющих представителей коренных народов к получению профессий работников системы здравоохранения. Эти стратегии должны включать меры по расширению этнического многообразия в среде учащихся, принимающих участие в программах профессиональной подготовки, а также признания государственными системами здравоохранения практикующих врачей из числа представителей коренных народов, включая народных акушерок. Кроме того, необходимо разработать новые учебные курсы с участием — и в интересах — групп коренного населения и других недоминирующих этнических групп, включая профессиональную подготовку по вопросам медицинских традиций и практики коренных народов;

g) создания механизмов контроля и отчетности в общинах коренных народов для борьбы с нарушениями и недостатками в системе здравоохранения.

IV. Право на здоровье, выживание детей и показатели

59. В своем предварительном докладе Комиссии по правам человека Специальный докладчик отметил:

«Право на здоровье подлежит прогрессивному осуществлению на международном уровне. Это неизбежно означает, что с течением времени будет происходить эволюция в ожидаемых от государства мерах. Для мониторинга за своим прогрессом государство нуждается в механизме контроля за этим изменяющимся аспектом права на здоровье. [Комитет по экономическим, социальным и культурным правам] предлагает, что наиболее соответствующий механизм состоит в комбинированном применении национальных показателей и ориентиров осуществления права на здоровье. Так, государство определяет соответствующие показатели осуществления права на здоровье, которые помогут ему в контроле за разными аспектами права на здоровье. Для каждого показателя будет необходима разбивка... Тогда государство устанавливает соответствующие национальные цели — или ориентиры — в связи с каждым дезагрегированным показателем. Оно может использовать эти национальные показатели и ориентиры для мониторинга своего прогресса с течением времени, что даст ему возможность определять этапы, на которых в его политику необходимо будет вносить коррективы. Разумеется, какими бы продуманными ни были показатели и ориентиры осуществления права на здоровье, они не в состоянии дать полную картину осуществления права на здоровье в том или ином государстве. В лучшем случае они являются полезными исходными показателями положения в области осуществления права на здоровье в том или ином национальном контексте» (E/CN.4/2003/58, пункт 36).

60. В период после представления своего предварительного доклада Специальный докладчик провел широкие консультации в целях выработки непосредственной методологии установления показателей и ориентиров в области осуществления права на здоровье. В своем первом промежуточном докладе Генеральной Ассамблее (A/58/427) Специальный докладчик изложил такую методологию. Вкратце в этой методологии:

а) рассматривается разница между показателем в области охраны здоровья и показателем осуществления права на здоровье;

б) предлагаются три категории показателей осуществления права на здоровье: структурные показатели, показатели процесса и показатели последствий;

в) отмечается, что необходимы показатели осуществления права на здоровье для наблюдения за выполнением государствами обязательств в области прав человека а) в рамках своей собственной юрисдикции («на национальном уровне») и б) за пределами своих границ («на международном уровне»).

61. Генеральная Ассамблея с интересом приняла к сведению подход Специального докладчика. В период после представления этого доклада Специальный докладчик обсудил свой подход со многими экспертами в области прав человека и других областях, в том числе с участниками семинара, организованного ВОЗ в апреле 2004 года. Были предложены некоторые уточнения, однако в целом методология была встречена с широким одобрением. Таким образом, Специальный докладчик теперь будет применять эту методологию в конкретной области здравоохранения — обеспечении выживания детей — в целях изучения того, насколько эффективно она будет функционировать на практике.

Право детей на здоровье: выживание детей

62. В своей резолюции 2002/31 Комиссия по правам человека просила Специального докладчика уделять особое внимание потребностям детей. Поэтому он хотел бы применить изложенную в его промежуточном докладе методологию в отношении одного из аспектов права ребенка на здоровье.

63. По ряду причин, помимо цели добиться сокращения детской смертности, установленной в Декларации тысячелетия, государства, межправительственные организации и гражданское общество уделяют все больше внимания выживанию детей. В этом контексте в рамках межучрежденческого консультативного процесса начинается разработка проекта перечня основных показателей выживания детей, которые могут быть полезными для всех государств и других заинтересованных субъектов. Специальный докладчик предлагает разработать эти показатели таким образом, чтобы они помогли контролировать прогресс в обеспечении государствами права на здоровье применительно к сфере выживания детей.

64. Таким образом, Специальный докладчик соглашается использовать нынешний проект перечня основных показателей выживания детей, разрабатываемый в рамках вышеупомянутого межучрежденческого процесса, в целях апробирования методологии, которая изложена в его промежуточном докладе. При этом следует высказать несколько предварительных соображений.

65. Во-первых, выживание детей является лишь одним из аспектов охраны здоровья ребенка, поэтому показатели выживания детей касаются только части мер по охране здоровья ребенка и права детей на здоровье.

66. Во-вторых, Специальный докладчик имеет ряд вопросов в отношении нынешнего проекта перечня основных показателей охраны здоровья, предложенных в ходе межучрежденческого процесса. Например, почему отсутствуют показатели, касающиеся диареи или ВИЧ/СПИДа? Тем не менее в настоящем докладе Специальный докладчик не будет ни изменять основных показателей охраны здоровья, предложенных в настоящее время в рамках межучрежденческого процесса, ни добавлять к ним других. В случае необходимости он готов участвовать в межучрежденческом процессе и обсудить целесообразность включения в перечень одних показателей здоровья, а не других. Однако для целей настоящего доклада Специальный докладчик будет придерживаться основных показателей охраны здоровья, предложенных в рамках межучрежденческого процесса, поскольку они служат полезным инструментом для анализа механизма возможного использования показателей тем или иным государством для контроля за ходом прогрессивного осуществления одного из компонентов права на здоровье: выживание детей.

67. В-третьих, хотя Специальный докладчик не меняет основных показателей охраны здоровья, предложенных в рамках межучрежденческого процесса, и не добавляет к ним других, он обращает внимание на ряд других показателей, которые имеют важное значение с точки зрения реализации права на здоровье, например, показатели участия и отчетности.

68. По мнению Специального докладчика, основные показатели выживания детей, предлагаемые в рамках межучрежденческого процесса, могут быть должным образом использованы для контроля некоторых аспектов прогрессивного осуществления права на здоровье, при том условии, что:

a) они соответствуют при определенной степени точности норме, касающейся права на здоровье;

b) они дезагрегируются, по крайней мере, по признаку пола, расы, этнической принадлежности и проживания в сельской/городской местности¹⁷;

c) они подкрепляются дополнительными показателями контроля четырех основных элементов права на здоровье:

i) национальная стратегия и план действий, которые включают право на здоровье;

ii) участие отдельных лиц и групп, особенно уязвимых и неимущих слоев населения в реализации стратегий и программ в области здравоохранения;

iii) международная помощь и сотрудничество доноров в деле осуществления права на здоровье в развивающихся странах;

iv) доступные и эффективные механизмы контроля и отчетности.

69. В приводимой ниже таблице показатели выживания детей, предложенные в рамках межучрежденческого процесса, выделены звездочкой. В таблице также указаны международные нормы, закрепляющие право на здоровье, которые соответствуют этим показателям. Кроме того, таблица включает ряд дополни

тельных показателей, касающихся вопросов, которые имеют важное значение с точки зрения осуществления права на здоровье, включая национальную стратегию и план действий (показатели 8–10), участие (показатели 14 и 15), контроль/отчетность (показатели 1–12) и международную помощь и сотрудничество (показатели 16–18 и 36–38).

70. В соответствии с методологией, указанной в промежуточном докладе, показатели разделены на структурные показатели, показатели процесса и показатели последствий. В таблице также показано, какие показатели требуют дезагрегации (структурные показатели обычно не поддаются дезагрегации). Наконец, в таблице указывается департамент правительства, который, по всей вероятности, несет ответственность за сбор соответствующих данных, хотя в разных государствах эти ведомства могут отличаться.

71. Помимо показателей в таблице, государства могут, разумеется, использовать свои дополнительные показатели выживания детей, которые более точно отражают конкретную ситуацию. Ниже приводятся показатели, которые предлагаются просто в виде общей корзины, применимой ко многим государствам, хотя шесть из показателей конкретно касаются доноров.

72. В промежуточном докладе, представленном Генеральной Ассамблее, Специальный докладчик отметил, что заместитель Председателя Комитета по экономическим, социальным и культурным правам Айби Ридель согласился использовать методологию, предложенную в этом докладе. Специальный докладчик с удовлетворением отмечает, что заместитель Председателя также поддерживает изложенные в этой главе способы применения методологии к проблеме выживания детей, что способствует использованию согласованного подхода Специальным докладчиком и Комитетом. Такая согласованность упростит работу государств, межправительственных организаций, групп гражданского общества и других заинтересованных сторон.

Показатели обеспечения права на здоровье и выживание детей

Показатель	Структурные показатели		Положение(я) о правах человека**
	Дезагрегация	Секторальная ответственность	
Основной правовой контекст			
1. Закрепило ли государство конституционно право на здоровье, включая право детей на здоровье? <i>(да/нет)</i>		Министерство юстиции	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24
2. Приняло ли государство другое законодательство, которое прямо признает право на здоровье, включая право детей на здоровье? <i>(да/нет)</i>			

3. В последние два года поступали ли какие-либо сообщения о судебных решениях, в которых прямо рассматривается право детей на здоровье? <i>(да/нет)</i>	Нет	Министерство юстиции	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24
4. Приняло ли государство законодательство об обязательной регистрации актов рождения? <i>(да/нет)</i>	Нет	Министерство юстиции	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 12; Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 24(2); Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 7, 24
5. Одобрило ли государство Международный кодекс торговли заменителями материнского молока? <i>(да/нет)</i>	Нет	Министерство юстиции	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24(2)(а), (с) и (е); Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 12(2)

Национальный механизм по правам человека

6. Создало ли государство национальный механизм по правам человека (например, комиссар по правам человека, комиссар по делам детей или комиссар по делам охраны здоровья), мандат которого:	Нет	Министерство юстиции	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24
i) прямо касается защиты права детей на здоровье? <i>(да/нет)</i>			
ii) косвенно касается защиты права детей на здоровье? <i>(да/нет)</i>			
7. В этом случае осуществлял ли в последние пять лет этот механизм в составе специально назначенных сотрудников и при наличии выделенного бюджета программу защиты права детей на здоровье? <i>(да/нет)</i>			

Национальная стратегия и план действий

8. Утверждало ли или обновляло ли правительство в последние пять лет национальную стратегию и план действий в области охраны здоровья детей, включая задачу снижения детской смертности? <i>(да/нет)</i>	Нет	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24
--	-----	------------------------------	---

<p>9. В этом случае стратегия/план:</p> <p>а) прямо отражает Конвенцию о правах ребенка? <i>(да/нет)</i></p> <p>б) систематически учитывает и включает в себя положения Конвенции о правах ребенка? <i>(да/нет)</i></p> <p> с) четко определяет:</p> <p> i) цели? <i>(да/нет)</i></p> <p> ii) сроки? <i>(да/нет)</i></p> <p> iii) обязанности различных секторов? <i>(да/нет)</i></p> <p> iv) процедуры отчетности по выполнению этих целей, сроков и обязанностей? <i>(да/нет)</i></p> <p> v) наилучшие интересы ребенка в качестве одного из руководящих принципов? <i>(да/нет)</i></p> <p> d) включает меры, которые специально направлены на охват уязвимых групп и на защиту их интересов? <i>(да/нет)</i></p>	Нет	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2, 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 2, 3(1), 4, 6(2), 24
<p>10. При наличии стратегии/плана собираются ли соответствующие и достаточные данные для оценки результатов работы, особенно с учетом положения уязвимых групп? <i>(да/нет)</i></p>	Нет	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2, 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 2, 4, 6(2), 24
Оценки воздействия			
<p>11. До представления новой инициативы, которая, по всей вероятности, повлияет на здоровье детей, осуществляет ли государство политику проведения публичной оценки вероятного воздействия инициативы на здоровье детей, в том числе на положение уязвимых групп? <i>(да/нет)</i></p>	Нет	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2, 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 2, 4, 6(2), 24

Контроль и отчетность

<p>12. Помимо механизмов, которые упомянуты в пунктах 1–11 выше, имеются какие-либо эффективные и доступные механизмы контроля и отчетности, с помощью которых местные общины могут призывать местных и национальных государственных должностных лиц к отчету в связи с реализацией стратегий и программ в области охраны здоровья детей, которые сказываются на них?</p> <p>а) проводятся ли местные свободные и справедливые выборы, например в советы здравоохранения на уровне общин? <i>(да/нет)</i></p> <p>б) имеется ли международный договорный орган по правам человека, например Комитет по правам ребенка? <i>(да/нет)</i></p> <p>в) другие?</p>	<p>Нет</p>	<p>Министерство здравоохранения</p>	<p>Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24 Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 25; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статьи 7, 14(2); Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации, статья 5(a), (c) и (e)(iv)</p>
---	------------	-------------------------------------	---

Координация

<p>13. Существует ли государственный межведомственный механизм обзора вопросов охраны здоровья детей на регулярной основе (по крайней мере, дважды в год)? <i>(да/нет)</i></p>	<p>Нет</p>	<p>Министерство здравоохранения</p>	<p>Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24</p>
--	------------	-------------------------------------	---

Участие

<p>14. Проводит ли правительство на регулярной основе консультации со следующими органами в процессе разработки, осуществления и мониторинга стратегий в области охраны здоровья детей:</p> <p>а) широким кругом различных видов неправительственных организаций? <i>(да/нет)</i></p> <p>б) представителями широкого круга медицинских профессиональных организаций? <i>(да/нет)</i></p> <p>в) местными государственными органами? <i>(да/нет)</i></p> <p>г) представителями широкого круга уязвимых групп, в том числе теми из них, кто живет в условиях бедности? <i>(да/нет)</i></p>	<p>Нет</p>	<p>Министерство здравоохранения</p>	<p>Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 12 и 24; Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 25; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статьи 7, 14(2)(a); Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации, статья 5(c) и (e)(iv)</p>
---	------------	-------------------------------------	--

<p>15. Распространяет ли правительство на регулярной основе информацию о своей политике в области охраны здоровья детей среди:</p>	Нет	Министерство здравоохранения	<p>Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 12; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 13, 17, 24; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статьи 10(h), 14(2)(b); Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации, статья 5(e)(iv)</p>
<p>а) широкого круга неправительственных организаций? <i>(да/нет)</i></p>			
<p>б) широкого круга медицинских профессиональных организаций? <i>(да/нет)</i></p>			
<p>в) местных государственных органов? <i>(да/нет)</i></p>			
<p>д) информационных источников, доступных в сельских районах? <i>(да/нет)</i></p>			
<p>Международная помощь и сотрудничество (эти показатели касаются доноров):</p>			
<p>16. Включают ли доклады государства, представляемые Комитету по правам ребенка и Комитету по экономическим, социальным и культурным правам, обширный и подробный отчет об оказании международной помощи и сотрудничества? <i>(да/нет/не применимо ввиду нератификации соответствующего договора)</i></p>	Нет	Министерство иностранных дел	<p>Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 11(1), 12, 15(4), 22, 23; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24(4)</p>
<p>17. Когда государство оказывает международную помощь и развивает сотрудничество со страной-получателем, готовит ли оно страновой ежегодный письменный отчет о международной помощи и сотрудничестве и:</p>	Нет	Министерство иностранных дел	<p>Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 11(1), 12, 15(4), 22, 23; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24(4)</p>
<p>а) представляет ли оно этот отчет правительству страны-получателя? <i>(да/нет)</i></p>	Нет		
<p>б) доводит содержание отчета до общественности страны-получателя? <i>(да/нет)</i></p>			
<p>18. Основана ли политика правительства в области оказания официальной помощи в целях развития на условиях соблюдения прав человека? <i>(да/нет)</i></p>			

<i>Показатели процесса</i>			
<i>Показатель</i>	<i>Дезагрегация</i>	<i>Секторальная ответственность</i>	<i>Положение(я) о правах человека**</i>
Вскармливание младенцев*			
19. Доля младенцев в возрасте менее 12 месяцев, которых стали кормить грудью в течение одного часа после рождения	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(а) и (с); Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(а), (с), (d) и (е); Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статьи 11(2), 12
20. Доля младенцев в возрасте менее 4 месяцев и менее 6 месяцев, которых кормят исключительно грудью			
21. Доля детей в возрасте 12–15 месяцев и 20–23 месяцев, которых кормят грудью			
22. Доля младенцев в возрасте 6–9 месяцев, которые получают грудное молоко и дополнительное питание			
Витамин А*			
23. Доля детей в возрасте до 5 лет, которые получали в последние 6 месяцев большую дозу добавок, содержащих витамин А	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(а); Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(с) и (е)
Малярия*			
24. Доля домохозяйств, которые пользовались в предыдущую ночь по крайней мере одной обработанной инсектицидами противомоскитной сеткой	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(а) и (с); Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(а), (с) и (е)
25. Доля детей в возрасте до 5 лет, которые спали предыдущую ночь под противомоскитной сеткой	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(а) и (с); Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(а), (с) и (е)
26. Доля детей в возрасте до 5 лет, которые переболели последние 2 недели лихорадкой и получали соответствующее противомаларийное лечение в течение 24 часов после начала лихорадки	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(а) и (с); Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(а), (b) и (с)

Водоснабжение, санитария и гигиена*

27. Доля населения, которая пользуется любым следующим источником водоснабжения в целях удовлетворения потребностей в питье:

- a) водопроводной водой, подаваемой в дома
- b) общественной колонкой/краном
- c) водной скважиной/насосом
- d) защищенным колодцем
- e) защищенным водным источником
- f) дождевой водой

28. Доля населения, которая пользуется любым из следующих видов санитарно-гигиенических объектов:

- a) туалетом, соединенным с канализационной системой
- b) туалетом, соединенным с септической системой
- c) уборной с промывочным устройством
- d) улучшенной уборной с выгребной ямой
- e) традиционной уборной с выгребной ямой

Иммунизация*

29. Доля однолетних детей, защищенных от неонатального столбняка в результате иммунизации матери

30. Доля однолетних детей, иммунизированных против кори

31. Охват третьей дозой дифтерийно-столбнячно-коклюшной вакцины

Министерство, ответственное за водоснабжение и санитарию

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(a) и (c);
Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(a) и (c)

Министерство, ответственное за водоснабжение и санитарию

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(a) и (c);
Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(a) и (c)

Министерство здравоохранения

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(a) и (c);
Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(a), (b), (c) и (f)

Острая респираторная инфекция*

32. Доля детей в возрасте до 5 лет с признаками пневмонии, которые получили соответствующие антибиотики	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(a), (c) и (d); Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(a), (b) и (c)
33. Доля детей в возрасте до 5 лет, с признаками пневмонии в последние 2 недели, после направления в соответствующее медицинское учреждение			
34. Доля населения, использующая твердое топливо	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(a), (b) и (c); Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(a) и (c)

Охрана материнства*

35. Количество родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом (врачом, медсестрой или акушеркой)	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2)(a) и (d); Конвенция о правах ребенка, статья 24(2)(a), (b) и (d); Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 12(2)
---	----	------------------------------	---

Международная помощь и сотрудничество (эти показатели касаются доноров):

36. Доля ОПР, выделяемая на охрану здоровья детей	Нет	Министерство иностранных дел	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 2(1), 11(1), 12, 15(4), 22, 23; Конвенция о правах ребенка, статьи 4, 6(2), 24(4)
37. Доля ОПР, расходуемая на лечение в развивающихся странах болезней с помощью вакцин, например поставку вакцин или выделение средств на их закупку			
38. Доля ОПР, расходуемая на научные исследования и разработки в целях борьбы с теми заболеваниями, которые особенно влияют на здоровье детей в развивающихся странах			

<i>Показатели последствий</i>			
<i>Показатель</i>	<i>Дезагрегация</i>	<i>Секторальная ответственность</i>	<i>Положение(я) о правах человека**</i>
Недоедание*			
39. Доля живорожденных детей с низким весом при рождении (менее 2500 г)	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статьи 11 и 12(2)(а); Конвенция о правах ребенка, статьи 6(2), 24(2)(с) и (е), 27(3)
40. Для детей в возрасте до 5 лет со стандартными отклонениями ниже –2 и –3 от среднего соотношения вес/возраст в рамках стандартного населения NCHS/ВОЗ			
Смертность*			
41. Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет (вероятность смерти в период между рождением и пятилетним возрастом на 1000 живорождений)	Да	Министерство здравоохранения	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (статья 12(2)(а)); Конвенция о правах ребенка, статьи 6 и 24(2)(а)
42. Коэффициент младенческой смертности (вероятность смерти в период между рождением и однолетним возрастом на 1000 живорождений)			Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (статья 12(2)(а)); Конвенция о правах ребенка, статьи 6 и 24(2)(а)

Условные обозначения

* Показатели, отмеченные одной звездочкой, взяты из материалов текущего межучрежденческого консультативного процесса, в рамках которого разрабатывается перечень основных показателей выживания детей. Хотя у Специального докладчика есть по ним вопросы, он не пересматривал проект перечня основных показателей, разработанных в ходе этого консультативного процесса. Вместо этого для целей настоящего доклада он использует эти показатели в качестве инструмента для изучения способов возможного использования государствами таких показателей для контроля за прогрессом в осуществлении права на здоровье применительно к сфере выживания детей.

** МПЭСР — Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
МППР — Международный пакт о гражданских и политических правах
МКЛРД — Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации
КЛДЖ — Международная конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
КПР — Конвенция о правах ребенка.

Пример: каким образом показатели и ориентиры в области выживания детей могут помочь государствам контролировать прогрессивную реализацию права на здоровье

73. Приводимые в таблице показатели должны рассматриваться в качестве инструментов, которые государства и другие субъекты могут использовать для контроля за прогрессивной реализацией права на здоровье в области выживания детей.

74. Как поясняется в промежуточном докладе Специального докладчика, показатели процесса и показатели последствий особенно полезны, когда они используются вместе с ориентирами. Например, то или иное государство может использовать такой показатель процесса, как количество родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом (показатель 35). Национальные данные могут свидетельствовать о том, что количество родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом, составляет 60 процентов. При дезагрегации данных по признаку проживания в городских или сельских районах такие данные могут выявить, что в городских центрах этот показатель составляет 70 процентов, а в сельских районах — лишь 50 процентов. При дальнейшей дезагрегации по признаку этнической принадлежности данные могут также показать, что охват сельских районов является неодинаковым: преобладающая этническая группа пользуется охватом в 70 процентов, а группа этнического меньшинства лишь 40 процентов. Этот пример свидетельствует об исключительной важности дезагрегации. При дезагрегации этот показатель подтверждает, что сельские женщины, относящиеся к этническому меньшинству, находятся особенно в неблагоприятном положении и требуют особого внимания в связи с реализацией права на охрану материнства.

75. В соответствии с задачей добиваться прогрессивной реализации права на здоровье государство может принять решение нацелиться на достижение в последующий пятилетний период единого среднего показателя национального охвата на уровне 70 процентов в городских и сельских районах и среди всех этнических групп. Таким образом, показатель процесса — это количество родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, а ориентир или целевой показатель — это 70 процентов. Государство будет разрабатывать и осуществлять стратегии и программы, рассчитанные на достижение в течение пяти лет ориентира на уровне 70 процентов. Право на здоровье требует широкого участия населения в осуществлении таких стратегий и программ. Данные показывают, что стратегии и программы должны специально разрабатываться с целью охвата группы этнического меньшинства, проживающей в сельских районах.

76. Ежегодный прогресс в деле достижения установленного ориентира или целевого показателя должен контролироваться с учетом возможной необходимости ежегодной корректировки проводимой политики. В конце пятилетнего периода потребуется механизм контроля и отчетности для проверки достижения 70-процентного ориентира. В этом случае государство на следующий пятилетний период установит более высокий ориентир в соответствии со своим обязательством добиваться прогрессивной реализации права на здоровье. Однако в случае недостижения 70-процентного ориентира необходимо выявить

причины срыва, распределить ответственность и принять меры по исправлению положения.

77. Важно, чтобы срыв в достижении установленного ориентира не воспринимался всегда как нарушение государством его международных обязательств по обеспечению права на здоровье. Государство может не достичь ориентира по причинам, не зависящим от него. Однако, если механизм контроля и отчетности покажет, что 70-процентный ориентир не был достигнут, например из-за коррупции в сфере здравоохранения, тогда, вероятно, последует вывод, что государство не соблюдает свои международные обязательства по обеспечению права на здоровье.

78. Одним из важных элементов права на здоровье является международная помощь и сотрудничество. Доноры несут ответственность за оказание финансовой и другой поддержки развивающимся странам в разработке стратегий и программ в области выживания детей. Более того, доноры должны нести ответственность за выполнение своих обязанностей. Таким образом, применительно к примеру, приведенному в предыдущих пунктах, следует создать механизм контроля и отчетности для рассмотрения следующего вопроса: сделало ли сообщество доноров все от него зависящее для оказания помощи государству в реализации эффективных стратегий и программ в области выживания детей и достижения установленного ориентира на уровне 70 процентов?

79. Короче говоря, дезагрегированные показатели процесса, в частности количество родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, при их использовании вместе с дезагрегированными ориентирами, могут помочь государству проконтролировать, обеспечивает ли оно прогрессивную реализацию права на здоровье. Как поясняется в промежуточном докладе Специального докладчика и иллюстрируется на примере в таблице, приведенной в настоящем докладе, структурные показатели и показатели последствий — как и показатели процесса — также играют важную роль. В своей совокупности структурные показатели, показатели процесса и показатели последствий могут помочь государству выявить в связи с осуществлением права на здоровье, что необходимо сделать, какие стратегии приносят плоды и когда необходимо корректировать программы.

Выводы

80. Эта глава призвана продолжить обсуждение вопроса о важном значении права на здоровье, его прогрессивной реализации и применения показателей. В ней рассматривается методология использования показателей, изложенная в промежуточном докладе Специального докладчика, и ее применение в сфере выживания детей с учетом проекта перечня основных показателей выживания детей, разрабатываемых в рамках текущего межучрежденческого консультативного процесса. Короче говоря, эта глава носит экспериментальный характер, и поэтому было бы желательно получить по ней полезные замечания.

81. Специальный докладчик предполагает обратить внимание на один важный урок, вытекающий из этой главы. Вместо поиска отдельных показателей осуществления права на здоровье, вероятно, было бы более полезно рассуждать с позиций применения правового или правозащитного подхода к разработке показателей в области реализации права на здоровье. Как указывается в пункте 68 выше, этот подход характеризуется рядом элементов. Вкратце можно

сказать, что показатели должны дезагрегироваться. Они должны касаться национальной стратегии и плана действий, участия, контроля и отчетности, международной помощи и сотрудничества. Кроме того, сами по себе важные показатели охраны здоровья должны соответствовать с определенной степенью точности норме, закрепляющей право на здоровье.

82. Один показатель не может обладать всеми этими характеристиками. Тем не менее в настоящей главе была предпринята попытка показать возможность разработки такого подхода и его применения в отдельной сфере здравоохранения, например в сфере выживания детей, а также установления ряда структурных показателей, показателей процесса и показателей последствий, которые в совокупности обладают всеми этими характеристиками. Вместе эти различные показатели могут помочь государству проконтролировать прогрессивную реализацию права на здоровье применительно к его компоненту выживания детей.

83. Приведенные в вышеуказанной таблице показатели находятся в стадии разработки. Например, требуют дополнительной проработки показатели, касающиеся участия, отчетности, международной помощи и сотрудничества, и Специальный докладчик был бы особо признателен за любые замечания в отношении их возможного улучшения. Кроме того, соответствуют ли с достаточной степенью точности показатели охраны здоровья, помеченные звездочкой и разработанные в ходе текущего межучрежденческого процесса, нормам, которые закрепляют право на здоровье? Эти и другие вопросы требуют дальнейшего обсуждения.

84. Тем не менее практическое применение методологии в сфере выживания детей, указанной в вышеупомянутой таблице, способствует нашему пониманию важности права на здоровье, его прогрессивной реализации и разработки показателей. Оно начинает отражать на конкретных примерах основные элементы правового или правозащитного подхода к разработке таких показателей. Специальный докладчик хотел бы получить замечания по этой главе, с тем чтобы он смог продолжить работу по вопросам охраны здоровья и применения показателей на практической и принципиальной основе, которая привлекала бы как можно более широкую поддержку.

V. Выводы

85. В настоящем докладе рассматриваются ряд вопросов, выделенных Специальным докладчиком в своем предварительном докладе, который был представлен Комиссии по правам человека.

86. В своем предварительном докладе Специальный докладчик рассматривает две взаимосвязанные темы, которые стимулировали основную часть его работы: нищета и право на здоровье; и дискриминация, стигма и право на здоровье. Обе эти темы повторяются в настоящем докладе: например, раздел II посвящен целям в области развития здравоохранения, сформулированным в Декларации тысячелетия, и раздел III рассматривает положение коренных народов.

87. В своем предварительном докладе Специальный докладчик также отметил, что государства должны иметь необходимые показатели и ориентиры для контроля за прогрессивной реализацией права на здоровье. В

своем промежуточном докладе Генеральной Ассамблее Специальный докладчик предложил методологию использования показателей в области осуществления права на здоровье. В разделе IV настоящего доклада он в экспериментальном порядке применяет эту методологию к одному из важнейших элементов права на здоровье — выживанию детей.

88. Короче говоря, Специальный докладчик рассматривает темы и вопросы, которые были обозначены в его предварительном докладе. Он надеется продолжить этот процесс в рамках своей предстоящей работы.

Приложение

Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, и нормы в области защиты прав человека^a

<i>ЦРДТ</i>	<i>Основные нормы, закрепляющие права человека</i>
Цель 1: Ликвидация крайней нищеты и голода	Всеобщая декларация прав человека, статья 25(1); МПЭСКП, статья 11
Цель 2: Обеспечение всеобщего начального образования	Всеобщая декларация прав человека, статья 25(1); МПЭСКП, статьи 13 и 14; КПР, статья 28(1)(a); КЛДЖ, статья 10; МКРД, статья 5(e)(v)
Цель 3: Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин	Всеобщая декларация прав человека, статья 2; КЛДЖ; МПЭСКП, статья 3; КПР, статья 2
Цель 4: Сокращение детской смертности	Всеобщая декларация прав человека, статья 25; КПР, статьи 6, 24(2)(a); МПЭСКП, статья 12(2)(a)
Цель 5: Улучшение охраны материнства	Всеобщая декларация прав человека, статья 25; КЛДЖ, статьи 10(h), 11(f), 12, 14(b); МПЭСКП, статья 12; КПР, статья 24(2)(d); МКРД, статья 5(e)(iv)
Цель 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями	Всеобщая декларация прав человека, статья 25; МПЭСКП, статья 12; КПР, статья 24; КЛДЖ, статья 12; МКРД, статья 5(e)(iv)
Цель 7: Обеспечение экологической устойчивости	Всеобщая декларация прав человека, статья 25(1); МПЭСКП, статьи 11(1) и 12; КЛДЖ, статья 14(2)(h); КПР, статья 24; МКРД, статья 5(e)(iii)
Цель 8: Формирование глобального партнерства в интересах развития	Устав, статьи 1(3), 55 и 56; Всеобщая декларация прав человека, статьи 22 и 28; МПЭСКП, статьи 2(1), 11(1), 15(4), 22 и 23; КПР, статьи 4, 24(4) и 28(3)

^a МПЭСКП (Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах)
 МПГПП (Международный пакт о гражданских и политических правах)
 МКРД (Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации)
 КЛДЖ (Международная конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин)
 КПР (Конвенция о правах ребенка)

Примечания

- ¹ Кроме того, Специальный докладчик принял участие в нескольких совещаниях, включая различные консультативные встречи, организованные Всемирной организацией здравоохранения; ежегодном совещании специальных докладчиков, организованном Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека; Социальном форуме Подкомиссии по поощрению и защите прав человека; и конференции по теме «Контроль за реализацией права на здоровье: особое внимание проблеме ВИЧ/СПИДа», организованной Международной федерацией медицинских и правозащитных организаций.
- ² Есть некоторые примечательные исключения. См., например, промежуточный доклад Целевой группы 4 по вопросам охраны здоровья матери и ребенка от 19 апреля 2004 года; комментарий организации «Инициатива за этическую глобализацию» по промежуточному докладу Целевой группы 5 по вопросам борьбы с ВИЧ/СПИДом; доклад Конференции по проблематике прав человека в контексте реализации ЦРДТ, организованной Центром за права человека и глобальную справедливость Нью-Йоркского университета 11 ноября 2003 года; и доклад, озаглавленный «80 миллионов жизней: достижение ЦРДТ в области охраны здоровья матери и ребенка», который был подготовлен Коалицией за детство, свободное от нищеты (2003 год).
- ³ Акцент делается на то, какой вклад право на здоровье может внести в достижение ЦРДТ, а не на то, как ЦРДТ могут способствовать реализации права на здоровье.
- ⁴ Насколько позволяли ресурсы, Специальный докладчик рассматривал цели, касающиеся сферы охраны здоровья, и в других документах, например в своем первом докладе Комиссии по правам человека. В ходе своих поездок по странам он, по возможности, затрагивал и освещал эту тему, а также использовал материалы национальных докладов о ходе достижения ЦРДТ.
- ⁵ Например, одной из задач в рамках цели 8 является обеспечение доступности основных лекарств в развивающихся странах.
- ⁶ Несмотря на расхождения во взглядах относительно определения точного количества целей, задач и показателей, имеющих отношение к сфере здравоохранения, значение здоровья сомнения не вызывает.
- ⁷ Poder Judicial de la Nación, Causa No. 31.777/96, 2 June 1998.
- ⁸ Анализ положения в стране может выявить уязвимые группы населения, которые как категория прямо не включены в перечень признаков дискриминации, запрещенных в соответствии с международным правом в области защиты прав человека, но которые, тем не менее, требуют к себе особого внимания.
- ⁹ См. L.P.Freedman, “Human Rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 82 (2003) pp.111–114.
- ¹⁰ DP/2003/34, пункт 3.
- ¹¹ Там же, пункт 16.
- ¹² Там же, пункты 9 и 31.
- ¹³ UNDP, Bureau for Development Policy, “Is MDG 8 on track as a global deal for human development?”, prepared by J. Vandenmoortele, K. Malhotra and J.A. Lim (New York, 2003).
- ¹⁴ См. замечания по промежуточному докладу по ВИЧ/СПИДу Целевой группы 5, которые были представлены по линии этической инициативы в области глобализации.
- ¹⁵ См. доклад о Международном десятилетии коренных народов мира, представленный на пятьдесят четвертой Всемирной ассамблее здравоохранения (документ ВОЗ A/54/33).

- ¹⁶ Доклады Специального докладчика о положении коренных народов по итогам его поездок в различные страны содержатся по адресу: <http://www.ohchr.org/english/issues/indigenous/rapporteur/visits.htm>.
- ¹⁷ Цель должна заключаться в дезагрегировании показателей применительно к как можно большему количеству запрещенных на международном уровне признаков дискриминации (см. пункты 12 и 13 и сноску 6 в документе A/58/427).
-