

**Совет по правам человека**

Восемнадцатая сессия

Пункт 3 повестки дня

**Поощрение и защита всех прав человека,  
гражданских, политических, экономических,  
социальных и культурных прав, включая  
право на развитие****Тематическое исследование об осуществлении права  
пожилых людей на здоровье, подготовленное  
Специальным докладчиком по вопросу о праве  
каждого человека на наивысший достижимый  
уровень физического и психического здоровья  
Ананда Гровера***Резюме*

В настоящем докладе, представленном в соответствии с резолюцией 15/22 Совета по правам человека, Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Ананд Гровер рассматривает вопрос об осуществлении права пожилых людей на здоровье.

С учетом больших темпов старения населения в мире в исследовании содержится настоятельный призыв к изменению подхода, с тем чтобы общество переходило от простого стремления к здоровому старению своих граждан к работе в направлении активного и достойного старения на основе планирования и поддержки, как и любого другого этапа жизненного пути человека. Активное и достойное старение пожилых людей требует пересмотра концепции общества в отношении старения путем уделения большего внимания постоянному участию пожилых людей в социальной, экономической, культурной и гражданской жизни, а также их постоянному вкладу в жизнь общества.

В докладе подчеркивается, что подход с точки зрения права на здоровье является необходимым для разработки, осуществления, мониторинга и оценки политики и программ в области здоровья для смягчения последствий старения общества и обеспечения пользования этим правом человека для пожилых людей. Поэтому учреждения, товары и услуги в области здравоохранения должны для пожилых людей иметься в наличии, быть доступными вообще и по стоимости, приемлемыми и высококачественными.

В докладе также отмечается, что содействие пожилым людям в том, чтобы они как можно дольше оставались активными с физической, политической, социальной и экономической точек зрения принесет пользу не только самим людям, но также и обществу в целом. В нем далее содержится вывод о том, что поощрение и защита прав человека пожилых людей должны быть делом всех, поскольку процесс старения распространяется на всех.

---

## Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение .....	1–4	4
II. Старение: изменение подхода.....	5–18	4
III. Право пожилых людей на здоровье.....	19–33	8
IV. Конкретные вопросы и проблемы .....	34–70	13
A. Первичная медико-санитарная помощь и хронические заболевания.....	35–43	13
B. Долгосрочная помощь .....	44–53	16
C. Паллиативный уход .....	54–60	18
D. Осознанное согласие .....	61–69	20
V. Выводы и рекомендации .....	70–71	23

## I. Введение

1. На своей пятнадцатой сессии Совет по правам человека в своей резолюции 15/22 просил Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Ананда Гровера подготовить тематическое исследование об осуществлении права пожилых людей на здоровье, включая выявление основных существующих проблем и передовой практики, опираясь на помощь Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека и в консультации с государствами, соответствующими учреждениями системы Организации Объединенных Наций, национальными правозащитными учреждениями и другими соответствующими заинтересованными сторонами.

2. В февраля 2011 года Специальный докладчик предложил государствам, соответствующим учреждениям системы Организации Объединенных Наций, национальным правозащитным учреждениям и другим соответствующим заинтересованным сторонам представить информацию и комментарии по поводу основных существующих проблем и передовой практики в деле осуществления права пожилых людей на здоровье<sup>1</sup>. Специальный докладчик выражает свою признательность за высокий уровень участия со стороны государств и других заинтересованных сторон в сфере прав человека, которая зачастую рассматривается как сложная и маргинальная.

3. 7 апреля 2011 года Специальный докладчик созвал в Женеве совещание экспертов по вопросу о праве пожилых людей на здоровье. В ходе этого совещания ряд видных экспертов в области старения, здоровья пожилых людей и прав человека, связанных со здоровьем, обсуждали проблемы, вызванные старением, и рассматривали меры по решению этих проблем под углом зрения прав человека. Основные вопросы, рассмотренные в ходе этих консультаций, касались первичной медико-санитарной помощи и хронических заболеваний, правомочности и осознанного согласия, паллиативного ухода, а также домашнего ухода и стационарного ухода.

4. 8 апреля 2011 года Специальный докладчик провел в Женеве публичные консультации по вопросу о праве пожилых людей на здоровье, организованные Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ), с участием представителей почти 30 государств и международных организаций. Во время этих публичных консультаций Специальный докладчик рассказал о своих первоначальных наблюдениях и основных заключениях в связи с проведением совещаний экспертов и провел открытый диалог с государствами и другими соответствующими заинтересованными сторонами по вопросу об осуществлении права пожилых людей на здоровье.

## II. Старение – изменение подхода

5. Население мира стареет постоянно и быстрыми темпами. Общее число людей в возрасте 60 лет и старше возросло с 200 млн. в 1950 году до 760 млн. в 2010 году и предположительно превысит 1 млрд. к концу нынешнего десятиле-

---

<sup>1</sup> Для расширения охвата такие просьбы были распространены как через вербальные ноты, так и через посредство объявлений на собственной странице Специального докладчика на сайте УВКПЧ, что позволило прямо посылать электронные сообщения.

тия<sup>2</sup>. К 2050 году ожидается, что один из пяти человек будет старше 60 лет<sup>3</sup>. Группа пожилых людей увеличивается быстрее других групп населения, и это становится глобальным явлением.

6. Хотя рост числа пожилых людей отмечается во всем мире, в основном этот рост происходит в развивающихся странах. Больше половины пожилых людей (400 млн. человек) живут в Азии, в то время как Европа находится на втором месте по числу пожилых людей (около 161 млн. человек), затем следует Северная Америка (65 млн. человек), страны Латинской Америки и Карибского бассейна (59 млн. человек), Африка (55 млн. человек) и Океания (5 млн. человек)<sup>4</sup>. В среднем, по оценкам, каждый год с 2010 по 2025 год в населении планеты будет прибавляться 29 млн. пожилых людей и более 80% из них будет прибавляться в развивающихся странах<sup>5</sup>. По прогнозам, к 2050 году около 80% пожилых людей будет проживать в развивающихся странах<sup>6</sup>.

7. Специальный докладчик считает эти убедительные цифры предвестником тихой демографической революции. Это в значительной степени происходит в результате больших достижений, достигнутых во многих областях, которые привели к большому увеличению продолжительности жизни, но в результате которых будут иметь место далеко идущие и непредсказуемые последствия для всех развитых и развивающихся стран. Быстрое старение населения ведет к возникновению значительных проблем для международного сообщества в мире, уже столкнувшемся с различными социальными, экономическими, культурными и политическими проблемами. К непосредственным последствиям увеличения продолжительности жизни относится рост численности хронических и неинфекционных заболеваний и расстройств, что, в случае отсутствия решения для таких проблем, приведет к значительной нагрузке на системы здравоохранения, пенсионные системы и системы социального обеспечения, приведет к росту спроса на первичную медико-санитарную помощь и нагрузки на наличие и экономическую доступность постоянного ухода.

8. Развивающиеся страны главным образом столкнутся с проблемой эпидемиологического перехода с ростом неинфекционных заболеваний среди пожилых людей. В то же время населения в целом будет продолжать борьбу с заразными заболеваниями, особенно с инфекционными заболеваниями и другими болезнями, связанными с бедностью. Развитие услуг и структур, ориентированных на конкретный возраст, а также поощрение медицинского обслуживания и профилактической медицины среди пожилых людей будет способствовать усилиям развивающихся стран по решению проблемы осложнений хронических и терминальных неинфекционных заболеваний. Для того чтобы надлежащим образом решать эту проблему, государствам важно подготовиться к удовлетворению потребностей пожилых людей, организовать обучение медицинского пер-

<sup>2</sup> *World Population Prospects: The 2008 Revision*, vol. II: Sex and Age Distribution of the World Population (United Nations publication, Sales No. 10.XIII.3).

<sup>3</sup> World Health Organization, *Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity?* (WHO, Geneva, 2000), p. 4.

<sup>4</sup> Последующая деятельность по итогам второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения: всеобъемлющий обзор, доклад Генерального секретаря (A/65/157), 21 июля 2010 года, пункт 4.

<sup>5</sup> Последующая деятельность по итогам второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения: всеобъемлющий обзор, Доклад Генерального секретаря (A/65/157), 21 июля 2010 года, пункт 5.

<sup>6</sup> 10 Facts on Ageing and the Life Course, WHO Fact File, available at WHO homepage <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>.

сонала по уходу за пожилыми людьми и разработать устойчивую политику в области долгосрочного медицинского ухода.

9. В то же время самой главной проблемой в связи со старением населения в мире является обеспечение прав человека пожилых людей. Чрезвычайно важно принимать меры для искоренения дискриминации и отчуждения пожилых людей и обеспечивать доступ к услугам в соответствии с их потребностями. В заявлении по поводу Международного дня лиц старшего возраста Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по правам человека г-жа Нави Пиллэй подчеркнула безотлагательную необходимость более полной правовой защиты пожилых людей, которые являются растущей частью общества, которая зачастую является наиболее уязвимой и забытой, и подчеркнула, что "правозащитное сообщество медленно осознает, что в рамках глобальной повестки дня и усилий по поддержке на национальном уровне больше нельзя игнорировать права пожилых людей"<sup>7</sup>.

10. Специальный докладчик считает, что подход с точки зрения права на здоровье является необходимым для разработки, осуществления и мониторинга и оценки политики и программ в области здравоохранения для смягчения последствий старения общества и обеспечения этого права человека для всех пожилых людей. Такой подход к проблемам здоровья учитывает аспекты человеческого достоинства, потребности и права этой уязвимой группы населения и требует обеспечения того, чтобы системы здравоохранения были доступными, имелись в наличии и были доступны экономически для всех. Включение аспекта прав человека в системы здравоохранения также означает обеспечение принципов равенства и свободы от дискриминации и наделение правами всех, включая бедные слои населения, обеспечивая их участия в процессе принятия решений, а также включение механизмов отчетности, которые были бы для них доступны.

11. Специальный докладчик считает, что поощрение и защита прав человека пожилых людей отвечает не только их интересам, но также должны быть важными для всех, поскольку все люди стареют. Право на здоровье не станет волшебным решением этих многосторонних проблем, но позволит изменить подход в обсуждении проблемы пожилых людей от ориентации на потребности к ориентации на права человека и позволит обеспечить большую защиту прав пожилых людей. Здоровье является одним из основных прав человека, необходимым для осуществления многих других прав. Оно необходимо для того, чтобы жить с достоинством. Это особенно верно в отношении пожилых людей, которых часто рассматривают как "бывшую" часть общества и которые особо уязвимы для нарушений их права на здоровье.

12. Специальный докладчик считает, что для полного успеха реализации подхода к пожилым людям с акцентом на здоровье необходимо изменение в понимании обществом процесса старения и пожилых людей. Всемирная организация здравоохранения определяет старение как "процесс постепенного изменения биологической, психологической и социальной структуры людей"<sup>8</sup>. В течение жизни функциональные возможности человеческого тела уменьшаются, начиная от раннего взрослого возраста до пожилого возраста. В то же время

<sup>7</sup> "Millions of older persons are denied their rights", Statement of the United Nations High Commissioner for Human Rights on 1 October 2010 <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=10402&LangID=E>.

<sup>8</sup> World Health Organization, *A life course perspective of maintaining independence in older age* (WHO, Geneva, 1999), p. 4.

рост продолжительности жизни также означает, что пожилые люди могут оставаться активными дольше, чем когда-либо, как с точки зрения профессиональной, так и непрофессиональной деятельности. Содействии тому, чтобы пожилые люди как можно дольше оставались активными с физической, социальной и экономической точек зрения, принесет пользу не только таким людям, но и обществу в целом.

13. Специальный докладчик считает, что преобладающее мнение, согласно которому старение является биомедицинской проблемой, ведет к неудачному пониманию старения как ненормального и патологического явления, поскольку при этом пожилой возраст приравнивается к болезни. Этот подход не только несовместим с целостным подходом к здоровью человека, но также закрепляет мнение о пожилых людях как зависимых и больных. При рассмотрении вопроса о здоровье пожилых людей Специальный докладчик придерживается мнения о том, что необходимо осуществить сдвиг от рассмотрения пожилых людей как "социальной обузы" к упору на процесс "активного старения", который изменит наше мнение о старении для учета постоянного вклада пожилых людей в жизнь общества. Согласно ВОЗ<sup>9</sup>, активное старение направлено на оптимизацию возможностей для здоровья, участия и безопасности пожилых людей в целях повышения качества их жизни. Поэтому понятие активности относится к постоянному участию в социальной, экономической, культурной и гражданской жизни, а не только к способности быть физически активным или заниматься трудом.

14. Старение должно восприниматься как совокупность жизненного опыта с учетом влияний и выбора. Здоровое и активное старение происходит в условиях поощрения здоровья и постоянного обеспечения первичной медико-санитарной помощи в течение всей жизни человека. Пользование правом на здоровье не зависит от возраста и не прекращается, как только человек достигает определенного возраста. Пожилые люди должны рассматриваться как носители прав, которые часто нуждаются в поддержке для востребования ими своих прав. Это требует от государств принятия конкретных мер в рамках разработки и реализации комплексных планов в области здравоохранения, включающих различные стратегии для обеспечения того, чтобы пожилые люди имели доступ к высококачественному медицинскому обслуживанию и соответствующим товарам и услугам. Кроме того, право на здоровье требует экономической доступности для обеспечения доступности с точки зрения расходов, для чего государствам необходимо принимать меры по обеспечению того, чтобы пожилым людям предоставлялась социальная защита. Старение населения в мире требует принятия безотлагательных мер для обеспечения того, чтобы расходы на пенсионные и аналогичные им системы не были неподъемным бременем для государств. Непризнание пожилых людей как носителей прав может привести к предубеждениям и дискриминации против отдельных лиц или групп людей и может повлечь большие последствия для их здоровья и благополучия.

15. Отношение к пожилым людям как к однородной группе лиц является неверным и требует иного подхода. В разработке более комплексного подхода к осуществлению права пожилых людей на здоровье важно как собирать и анализировать дезагрегированные данные, так и разрабатывать соответствующие стратегии для различных групп.

16. В случае необходимости должны проводиться клинические исследования с участием пожилых людей для определения влияния этих медикаментов на

<sup>9</sup> "Active ageing: a policy framework", WHO, April 2002, WHO/NMH/NPH/02.8.

данную группу населения с учетом частоты, с которой пожилые люди могут использовать эти медикаменты. Учитывая значительную недопредставленность пожилых пациентов в рамках исследований по поводу различных заболеваний, набор людей для клинических исследований следует диверсифицировать путем включения ряда соображений, таких как возраст, пол и раса.

17. Следует также признать различие между полами в связи с процессом старения, учитывая, что общая продолжительность жизни при рождении у женщин в настоящее время составляет 70 лет и является значительно более высокой, чем 66 лет у мужчин<sup>10</sup>. Учитывая различную продолжительность жизни, мужчины могут чаще, чем женщины, полагаться на неформальный уход со стороны их супруг. Женщины, которые живут дольше своих мужей, чаще остаются без поддержки супруга и полагаются на неофициальный уход со стороны других родственников или официальной системы ухода<sup>11</sup>. Осложняет эту проблему тот факт, что пожилые женщины часто не включены в схемы социального обеспечения и медицинского страхования, связанные с официальной оплачиваемой занятостью. Они также гораздо больше рискуют оказаться в нищете, чем мужчины. Во многих странах пожилые женщины располагают ценными активами на их имя в гораздо меньшей степени, чем мужчины (A/HRC/14/31, пункты 19–21). Эти факторы ограничивают возможности женщин обеспечивать свои собственные потребности в отношении здоровья в конце жизни. Кроме того, отмечалось, что недостаток доступа к медицинскому обслуживанию в отношении таких истощающих заболеваний, как рак и гипертония, либо таких заболеваний, которыми в гораздо большей степени болеют женщины, как остеопороз, не дает пожилым женщинам пользоваться всеми своими правами человека (CEDAW/C/GC/27).

18. Специальный докладчик считает, что государствам следует выделять больше средств для оказания гериатрической медицинской помощи с целью обеспечения того, чтобы все медицинские работники независимо от их специализации или профессии получали надлежащую подготовку для решения конкретных проблем здоровья, связанных со старением. Они также должны проходить подготовку по вопросу о праве на здоровье, с тем чтобы они могли общаться с пожилыми пациентами надлежащим образом, уделяя им необходимое внимание и избегая дискриминации.

### III. Право пожилых людей на здоровье

19. Право на наивысший достижимый уровень здоровья является одним из основных прав человека, юридически закрепленных на международном, региональном и национальном уровнях. Пользование правом на здоровье признано в многочисленных международных документах по правам человека, включая те из них, которые были созданы для защиты прав человека таких конкретных групп, как детей, женщин, инвалидов и тех, кто подвергается дискриминации по признаку расы (E/CN.4/2003/58, пункты 10-21). Наиболее важная формулировка права на здоровье содержится в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, которая является краеугольным камнем защиты права на здоровье в международном праве.

<sup>10</sup> WHO, *World Health Statistics* (WHO, Geneva, 2010), p. 56.

<sup>11</sup> WHO and The Institute for Alternative Futures, *A long-term care futures toolkit* (Geneva, WHO, 2002), p. 21.



20. Признанные в международном масштабе правозащитные нормы и принципы, содержащиеся в основных международных договорах о правах человека, распространяются на пожилых людей и предусматривают их защиту. Несмотря на эту предполагаемую защиту, все чаще отмечается, что существует пробел в международной системе прав человека, поскольку в настоящее время нет конкретного всеобщего документа в области прав человека, касающегося прав пожилых людей. Также отсутствуют конкретные положения, относящиеся к пожилым людям, например такие, которые существуют в отношении других категорий уязвимых лиц, например женщин, детей, инвалидов и трудящихся-мигрантов<sup>12</sup>.

21. Тем не менее различные органы, следящие за соблюдением договоров в области прав человека, толкуют и применяют существующие нормы к пожилым людям как группе населения, признавая их уязвимость для дискриминации и отчуждения. В 1995 году Комитет по экономическим, социальным и культурным правам принял Замечание общего порядка № 6, в которых содержится подробное толкование конкретных обязательств государств-участников в отношении каждого из прав, содержащегося в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах в применении к пожилым людям<sup>13</sup>. В 2010 году Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин принял рекомендацию общего порядка № 27 о пожилых женщинах и защите их прав человека<sup>14</sup>. В замечании общего порядка № 14 КЭСКП подробно рассмотрены основные вопросы, связанные с осуществлением права на здоровье, и конкретные проблемы, касающиеся пожилых людей, включая "элементы профилактического, лечебного и реабилитационного медицинского обслуживания... сохранение функциональности и самостоятельности пожилых людей... [и меры, основанные на] внимании и уходе за хроническими и неизлечимо больными лицами, облегчении по мере возможности их страданий и предоставлении им возможности достойно уйти из жизни"<sup>15</sup>.

22. Кроме того, существуют не имеющие обязательной юридической силы договоры и международные документы Организации Объединенных Наций по вопросу о старении пожилых людей, например Венский международный план действий по проблемам старения 1982 года, Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей 1991 года, Глобальные цели по проблемам старения от 1992 года и Декларация по проблемам старения 1992 года. Самым последним из таких документов является Политическая декларация и Мадридский международный план действий по проблемам старения, принятые на второй Всемирной ассамблее по проблемам старения в апреле 2002 года и одобренные в резолюции 57/167 Генеральной Ассамблеи от 18 декабря 2002 года. В этой Политической декларации вновь подтверждается гло-

<sup>12</sup> "Human Rights of Older Persons: International human rights principles and standards", ОНЧР Background Paper for Expert Group Meeting on 25-26 May 2010, p. 3, available on <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/ONCHRPaperHROlderPersons30062010.pdf>.

<sup>13</sup> См. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 6 "Экономические, социальные и культурные права пожилых людей" (E/1996/22, 8 декабря 1995 года).

<sup>14</sup> См. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 27, "Пожилые женщины и защита их прав человека" (CEDAW/C/GC/27, 16 декабря 2010 года).

<sup>15</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 14 "Право на наивысший достижимый уровень здоровья" (E/C.12/2000/4, пункт 25, 11 августа 2000 года).

бальное обязательство по поощрению и защите прав человека и искоренению дискриминации, отсутствия ухода, злоупотреблений и насилия в связи с возрастом (статья 5). В ней далее упоминается право на здоровье (статья 14), возможность работать и постоянный доступ к образовательным учебным программам (статья 12). В ней намечено развитие законодательства и политики на национальном уровне и предусмотрена структура международного сотрудничества, что привело, в частности, к созданию Рабочей группы открытого состава по правам человека пожилых людей в 2010 году в соответствии с резолюцией 65/182 Генеральной Ассамблеи.

23. В Замечании общего порядка № 14 описаны правовые обязательства государств. Три основных обязательства заключаются в уважении, защите и осуществлении права на здоровье. Обязательство уважать право на здоровье заключается в обязанности государства воздерживаться от прямого или косвенного вмешательства в право на здоровье. Во многих случаях пожилые люди являются объектом политики государств, которая может вмешиваться в их право на здоровье. Примерами являются ограничения самостоятельности пожилых лиц с точки зрения определения возможностей без индивидуального определения. Обязательство по защите касается обязанности государств воспрепятствовать таким третьим сторонам, как корпорации, от прямого или косвенного вмешательства в право на здоровье. Это может, например, происходить в тех случаях, когда отмечаются систематические злоупотребления в отношении пожилых людей в частных стационарных учреждениях по уходу. И наконец, обязательство по осуществлению требует от государств принятия соответствующих правовых, административных, бюджетных, судебных, пропагандистских и других мер по полному осуществлению права на здоровье.

24. В соответствии с замечанием общего порядка № 14 право на здоровье предусматривает как свободы, так и права. К свободам относится право на принятие независимых решений в отношении своего здоровья, что означает свободу от вмешательства государства. В том что касается пожилых людей, свободы связаны с такими понятиями, как осознанное согласие, самостоятельность и опека. Права, которые касаются позитивных обязательств государств, могут, например, включать обеспечение первичной медико-санитарной помощи и социальной защиты, где признаются и учитываются аспекты возраста. При этом государства должны признавать, что старение является процессом, происходящим на протяжении жизни; в государственной политике и законодательстве следует учитывать эту реальность. Капиталовложения в здравоохранение следует осуществлять на различных этапах на протяжении жизни человека, когда риск для благополучия и возможности находятся на своем пике<sup>16</sup>.

25. В рамках системы права на здоровье учреждения, товары и услуги в области здравоохранения для пожилых людей должны иметься в наличии, быть доступными, недорогими, приемлемыми и высококачественными. Наличие заключается в том, что функционирование общественных учреждений системы здравоохранения и ухода, а также соответствующие товары, услуги и программы должны иметься в наличии в необходимом количестве. Во многих случаях на пожилых людях сказывается отсутствие каких-либо конкретных услуг из-за ограничений в медицинском обслуживании, например, распределении и приоритетном выделении средств в области здравоохранения, что зачастую приводит к перемещению пожилых людей на второй план в отношении лечения. Дос-

<sup>16</sup> *Women, ageing and health: a framework for action: Focus on gender*, Geneva, WHO, 2007. Accessed at: <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>.

тупность включает физический, финансовый и информационный компоненты. Пожилые люди могут быть лишены возможности доступа к медицинскому обслуживанию ввиду расположения соответствующих учреждений или ограниченной физической мобильности пожилых людей. Бедность может также усугублять невозможность получения доступа к медицинскому обслуживанию пожилыми людьми особенно там, где отсутствует социальное обеспечение. И наконец, информационная доступность связана с правом на поиск, получение и передачу информации, касающейся вопросов медицинского обслуживания. Что касается пожилых людей, это означает, что связанная с медицинским обслуживанием информация должна быть адаптирована для их потребностей и передана им в надлежащем и понятном виде, позволяющем им принимать полностью осознанные решения о состоянии их здоровья и лечении.

26. Государствам следует принимать меры для обеспечения того, чтобы пожилые люди получали соответствующее их возрасту медицинское обслуживание с уровнем качества, соответствующим другим возрастным группам. К примерам высококачественных товаров, услуг и средств для пожилых людей относятся увеличение числа специалистов-гериатров и улучшение подготовки по этой тематике среди специалистов всех направлений для обеспечения того, чтобы потребности пожилых людей были признаны и удовлетворены. Существует также необходимость в улучшении взаимодействия среди специалистов всех отраслей, включая такие смежные медицинские профессии, как зубные врачи, фармакологи и т.д., с тем чтобы надлежащим образом удовлетворять потребности в лечении пожилых людей со многими хроническими заболеваниями.

27. В Замечании общего порядка № 14 отмечается, что право на здоровье следует понимать в широком плане как включающее такие основополагающие факторы здоровья, как доступ к воде и санитарии, питанию, образованию и жилью. Примером может служить неоптимальное питание пожилых людей, которое обычно связано с обстоятельствами, при которых пожилые люди находятся в изоляции, не могут двигаться и живут в нищете. Образование является еще одним соответствующим определяющим фактором для здоровья пожилых людей. Одно из недавних исследований в Соединенных Штатах Америки показало, что у пожилых людей с ограниченной грамотностью более значителен риск смерти по сравнению с пожилыми людьми, имеющими достаточный уровень грамотности<sup>17</sup>.

28. Международные нормы в области прав человека запрещают дискриминацию и предусматривают равенство по ряду признаков и для многих групп населения, включая пожилых людей. В замечании общего порядка № 14 пожилые люди определяются как группа населения, которая особенно уязвима для нарушений. Договорные органы, включая КЭСКП, определяют пожилых людей как уязвимую или маргинализованную группу населения, которая потенциально более подвержена дискриминации и насилию<sup>18</sup>. Согласно замечанию общего порядка № 14 важно обеспечить функциональность и самостоятельность пожилых людей (E/C.12/2000/4, пункт 25). Это подразумевает поощрение индивидуального выбора в отношении моделей ухода в той степени, в которой это возможно.

<sup>17</sup> Sudore et al. "Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging and body composition study", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, No. 8 (2006).

<sup>18</sup> См. E/C.12/2000/4 и E/1996/22. Более полный перечень источников, в которых возраст признан фактором уязвимости, см. в OHCHR, *Human Rights of Older Persons: International Human Rights Principles and Standards: Background Paper Expert Group Meeting* (OHCHR, Geneva, 2010).

29. Пожилые женщины часто находятся в более неблагоприятном положении, поскольку они могут страдать от сочетания гендерного фактора и дискриминации по признаку возраста. Пожилые женщины составляют значительную часть населения мира, и большинство таких женщин проживают в развивающихся странах. Ряд событий в течение жизни отрицательно сказываются на здоровье пожилых женщин, включая дискриминацию в отношении маленьких девочек в снабжении питанием и уходом, препятствия в области образования, низкий доход и более ограниченный доступ к достойной работе, ответственность по уходу как матери и жены, насилие в семье (в период детства, взрослого возраста и в пожилом возрасте), вдовство, культурные традиции и отношение в связи с медицинским уходом<sup>19</sup>. Низкий доход, перерывы в работе, связанные с обязанностями в семье, и дискриминация в доступе к рынку труда в течение трудовой жизни женщины означают, что женщины имеют меньшие накопления при выходе на пенсию и поэтому находятся в более уязвимом финансовом положении в пожилом возрасте.

30. Право на здоровье требует активного и осознанного участия в политических решениях тех слоев населения, которых эти решения касаются (E/CN.4/2006/48, пункт 25). Эффективное обеспечение медицинского обслуживания может быть налажено, только если государства принимают меры для участия соответствующих слоев населения (E/C.12/2000/4, пункт 54). Следует отметить, что в Принципах Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей поощряется участие пожилых людей в формулировании и реализации касающейся их политики.

31. Специальный докладчик отмечает важность мониторинга прогресса в обеспечении постепенного осуществления на здоровье пожилых людей с использованием показателей и ориентиров как части системы права на здоровье. В Замечании общего порядка № 14 отмечается необеспечение контроля государствами за осуществлением права на здоровье на национальном уровне, а также связанные с этим недостаточное выделение или неправильное использование средств в качестве примеров нарушений обязательств государств (E/C.12/2000/4, пункт 52).

32. Подотчетность является одной из центральных характеристик права на здоровье. Она требует наличия эффективных, транспарентных и доступных механизмов мониторинга и подотчетности. Подотчетность требует включения постоянного мониторинга во все аспекты разработки и реализации политики<sup>20</sup>. В контексте права на здоровье подотчетность является тем процессом, который дает отдельным лицам и общинам возможность понять, как правительство выполняет свои обязанности в отношении права на здоровье, и дает правительству возможность объяснить, что он сделало и почему (A/63/263, пункты 8–18). Существует много различных типов механизмов подотчетности, включая национальные правозащитные организации, уполномоченных по вопросам здравоохранения, демократически избранные местные советы по вопросам здравоохранения, публичные слушания, комитеты по защите прав пациентов, оценки воздействия, судебные процессы и т.д. (см. A/63/263, пункт 11). И в случаях, когда сделаны ошибки, подотчетность требует их исправления.

<sup>19</sup> WHO, *Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender* (Geneva, WHO, 2007). Accessed at: <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>.

<sup>20</sup> Helen Potts, "Accountability and the right to the highest attainable standard of health", University of Essex, 2008, p. 13, и см. доклад Специального докладчика (E/CN.4/2003/58, пункт 59).

33. Любое лицо или группа лиц, ставшие жертвами нарушения права на здоровье, должны иметь доступ к эффективным судебным или другим надлежащим средствам защиты как на национальном, так и на международном уровне. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам подчеркнул важность возмещения, отметив, что все жертвы таких нарушений должны иметь право на надлежащую компенсацию, которая может принимать формы реституции, компенсации, удовлетворения или гарантий неповторения (E/CN.4/2003/58, пункт 59).

## IV. Конкретные вопросы и проблемы

34. В дополнение к общим вопросам, касающимся системы права на здоровье и рассмотренным в предыдущем разделе, существует ряд конкретных вопросов и проблем, относящихся к пожилым людям, которые требуют более подробного рассмотрения. В данном разделе будут рассмотрены некоторые из этих вопросов: первичное медицинское обслуживание и хронические заболевания; постоянный уход, паллиативный уход и осознанное согласие в связи с пожилыми людьми, включая вопросы опекунов.

### A. Первичная медико-санитарная помощь и хронические заболевания

35. ВОЗ определила в 1978 году, что первичная медико-санитарная помощь "составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения"<sup>21</sup>. Определяющие характеристики первичной медико-санитарной помощи – непрерывность, координация и комплексность – хорошо приспособлены для борьбы с хроническими заболеваниями, хотя остается еще много сделать для того, чтобы оказывалась помощь достаточного качества<sup>22</sup>. ВОЗ отметила важность включения в систему здравоохранения основанных на доказательствах, эффективных с точки зрения затрат первичных и вторичных мер профилактики с уделением основного внимания первичной медико-санитарной помощи<sup>23</sup>, что является наиболее подходящим форумом для учета этих факторов.

36. Масштабы хронических заболеваний и инвалидности растут с увеличением возраста. Около половины смертей, связанных с неинфекционными заболеваниями, приходится на людей в возрасте старше 70 лет<sup>24</sup>. По оценкам, в 2010 году в мире проживали 35,6 млн. человек со слабоумием, и эта цифра воз-

<sup>21</sup> Алма-Атинская декларация, 1978 год, часть VI.

<sup>22</sup> Arlyss Anderson Rothman and Edward H. Wagner, "Chronic illness management: what is the role of primary care?", *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, No. 3 (February, 2003), p. 256.

<sup>23</sup> WHO, *2008–2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases* (Geneva, WHO, 2008), p. 16.

<sup>24</sup> WHO, *2008–2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases* (Geneva, WHO, 2008), p. 9.

растет до 65,7 млн. к 2030 году и 115,4 млн. к 2050 году<sup>25</sup>. С учетом возрастающей доли населения пожилого возраста становится очень важным, чтобы проблемы этих заболеваний решались на основе равенства и эффективности используемых ресурсов. Системы здравоохранения в мире в целом приспособлены для решения проблем тяжелых заболеваний. В рамках этих систем прилагаются усилия по перестройке и адаптации с учетом профилактики и лечения все большего числа хронических заболеваний. Следует также отметить важность применения основанных на фактах руководящих указаний и установления минимальных стандартов медицинской помощи в отношении распространенных хронических заболеваний и включения этой работы в первичную медико-санитарную помощь.

37. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам вновь заявил, что первичная медико-санитарная помощь главным образом относится к основным обязательствам государств по осуществлению права на здоровье (E/C.12/2000/4, пункт 43). В Замечании общего порядка № 14 особое внимание уделяется помощи пожилым людям, относящимся к уязвимой группе населения, требующей "комплексного подхода, объединяющего элементы профилактического, лечебного и реабилитационного медицинского обслуживания" (там же, пункт 25). Там также указывается, что такие меры должны включать периодические осмотры и мероприятия по физической и психологической реабилитации для сохранения функциональной самостоятельности. Таким образом, реализация права на здоровье требует осуществления целого ряда действий, программ и мероприятий в области первичной медико-санитарной помощи пожилым людям, что является одним из основных обязательств в соответствии с этим правом. Улучшение наличия, доступности, приемлемости и качества первичной медико-санитарной помощи является особенно важным в деле достижения более высоких результатов в лечении хронических заболеваний.

38. Был выявлен ряд препятствий для доступа пожилых людей к первичному медико-санитарному обслуживанию и качественным медицинским услугам. Дискриминация в отношении пожилых людей в связи с их возрастом является одним из главных препятствий для доступа к первичному медицинскому обслуживанию и профилактике хронических заболеваний. Существует вредное и глубоко укоренившееся мнение, что когда человек стареет, он/она становится неспособным вносить свой вклад в жизнь общества, имеет хронические заболевания и/или становится слабым. Такие предрассудки часто приводят к выводу о том, что навряд ли что-то можно сделать для того, чтобы помочь таким людям.

39. Очень важно признать реальную уязвимость пожилых людей и рассмотреть предрассудки и соответствующее отношение, с тем чтобы товары и услуги адаптировались таким образом, чтобы преодолеть фактические, а не предполагаемые препятствия в оценке медицинской помощи. Дискриминационное отношение медицинского персонала к пожилым людям может также подорвать конструктивный контакт с их пациентами, что прямо скажется на точности диагноза и качестве лечения.

40. Доступу к первичной медико-санитарной помощи также мешают физические и финансовые препятствия. Медицинские учреждения могут быть расположены слишком далеко от места проживания пожилых людей, а транспорт может оказаться слишком дорогим, плохо приспособленным или просто отсутствовать. Осложняет эту проблему ограниченная мобильность пожилых людей.

---

<sup>25</sup> Alzheimer's Disease International, "World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia", p. 2.

Они могут не иметь возможности водить машину, не иметь доступа к транспорту или иметь физические нарушения, ограничивающие их подвижность. Физические трудности в связи с доступом к медицинскому обслуживанию для пожилых людей также усугубляются их социально-экономической уязвимостью, особенно поскольку доступ к медицинскому обслуживанию часто связан с получением пенсии или оплатой услуг наличными. Жизнь в нищете также может быть одной из коренных причин ухудшения здоровья пожилых людей: в условиях ограниченного доступа к безопасной питьевой воде или надлежащему питанию пожилые люди сталкиваются с риском получения заболеваний. Даже там, где медицинское обслуживание является доступным для пожилых людей, оно не всегда адаптировано к их потребностям<sup>26</sup>.

41. Повышение качества обслуживания пожилых людей первичным медицинским персоналом остается проблемой, которая усугубляется в сельских районах, где сельские терапевты имеют меньше возможности работать вместе с гериатрами для оказания медицинской помощи на своем участке. Распространение информации в направлении от специалистов к первичному медицинскому обслуживанию должно поощряться во всех областях, но это особенно важно делать в отношении пожилых людей, учитывая удобство и эффективность в отношении затрат при лечении хронических заболеваний в учреждениях первичного медико-санитарного обслуживания.

42. Также важно поощрять и укреплять первичную медико-санитарную помощь и профилактику в отношении хронических заболеваний в развивающихся странах. Необходимо изменение отношения в целях раннего выявления заболеваний и уменьшения их последствий, а не ожидание, пока возникнут проблемы со здоровьем. Следует больше делать для уделения первоочередного внимания важности профилактических мер, регулярным контактам с терапевтами или другими поставщиками первичных медико-санитарных услуг, а также ранней диагностике и лечению. Профилактика является чрезвычайно важным делом, поскольку она позволяет работать с человеком до того, как укоренится болезнь. Следует подчеркнуть, что ранняя диагностика и профилактика задолго до того, как человек состарится, и желательны в рамках учреждения по оказанию первичной медико-санитарной помощи являются одним из ключевых элементов в обеспечении хорошего здоровья в пожилом возрасте.

43. В связи с ограниченностью средств, особенно в развивающихся странах, обслуживание "наивысшего качества" не всегда возможно. Но это не должно мешать государствам принимать меры по достижению наилучших, по возможности, результатов для пожилых пациентов в любой конкретной ситуации. Кроме того, было признано, что персонализация ухода может временами требовать более интенсивного обслуживания и допуска клинических результатов, которые ниже уровня максимально возможного здоровья и функционирования<sup>27</sup>. Хотя это может казаться анафемой для некоторых медицинских работников, сдвиг в отношении от лечения к заботе, особенно в том, что касается пожилых людей, может оказаться необходимым для того, чтобы добиваться более качественных результатов лично для пациентов. В отношениях между медработниками и пациентами чрезвычайно важно давать пациентам выбор и обеспечивать, чтобы желательные для них результаты достигались путем совместного принятия решений.

<sup>26</sup> World Health Organisation, "Towards age-friendly primary health care", 2004, p. v.

<sup>27</sup> David B. Reuben, "Better Care for Older People with Chronic Diseases" *JAMA* vol. 298, No. 22 (December, 2007), p. 2673.

## В. Долгосрочная помощь

44. Долгосрочная помощь включает ряд услуг (медицинских или иных), которые помогают удовлетворять как медицинские, так и немедицинские потребности людей с хроническими заболеваниями или инвалидностью, которые не могут себя обслуживать в течение длительных периодов времени. Долгосрочная помощь заключается в оказании помощи в таких ежедневных делах, как умывание, одевание, приготовление пищи и т.п. Согласно Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСР), долгосрочную помощь можно определить как "ряд услуг для лиц, которые зависят от постоянной помощи в повседневной жизни в связи с хроническими физическими или психическими заболеваниями"<sup>28</sup>. В контексте права на здоровье долгосрочную помощь следует также понимать как участие подготовленных профессионалов в оказании помощи в связи с синдромами, связанными с хроническими заболеваниями или инвалидностью, ограничивающими личные возможности. Тем не менее есть медицинские проблемы, которые особенно сильно сказываются на пожилых людях.

45. Долгосрочная помощь бывает двух общих видов: помощь на дому и стационарная помощь. Стационарная помощь представляет собой проживание какого-либо лица и уход за ним в специализированном учреждении по уходу. В таких учреждениях пожилые люди часто находятся под наблюдением поставщика услуг, который должен помогать им в их повседневной жизни, включая предоставление лекарств и медицинских услуг. Учитывая рост числа таких учреждений, важно изучить последствия для пожилых людей и их права на здоровье.

46. Помощь на дому часто рассматривается как оказание медицинских услуг профессионалами дома у пациента в отличие от ухода, предоставляемого в специализированных учреждениях. Это обычно дает пожилым людям большую степень самостоятельности в их жизни в отличие от проживания в медицинском учреждении. Однако домашний уход следует понимать как медицинский уход на дому, оказываемый профессионалами в области медицины в отличие от неофициального ухода, который оказывают члены семьи или другие лица.

47. Очень важно должным образом признать роль тех, кто ухаживает за пожилыми людьми в неофициальном порядке, что связано как с преимуществами, так и с рисками. Неофициальный уход может позволить пожилым людям оставаться у себя дома и получать уход от знакомых людей, что часто предпочитают пациенты. Он также снижает зависимость от официального ухода или стационарного ухода, что уменьшает нагрузку на эти ограниченные ресурсы. Однако пожилых людей часто помещают в условия неофициального ухода или они там оказываются без тщательной оценки, что подвергает их риску. К такому риску относится недостаточный уход со стороны лица, которое не имеет необходимых средств для обеспечения должного ухода, а также риск злоупотреблений со стороны того, кто обеспечивает уход. Многие государства начали осуществление инициатив по оказанию поддержки поставщикам услуг, например финансовую поддержку в случае упущенных доходов и временную помощь, которая позволяет пожилым людям оставаться дома как можно дольше при получении высококачественного ухода<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> OECD, *Long-term Care for Older People* (OECD, Paris, 2005), p.3.

<sup>29</sup> OECD, *Long-term Care for Older People* (OECD, Paris, 2005), p. 11–12.



48. Официальная долгосрочная помощь обоих типов уже широко распространена во многих развитых странах. В развивающихся странах традиционные социальные структуры также претерпевают изменения, связанные с различными факторами в связи с глобализацией. Семьи играют все меньшую роль как основные поставщики первичных медицинских услуг пожилым людям, и государственные учреждения и профессионалы в области медицины играют все большую роль в обеспечении ухода. Эта ситуация усугубляется в развивающихся странах в связи с недостатком необходимых институциональных механизмов и отсутствием мер по защите прав пожилых людей в контексте внешнего и не-семейного ухода. Развитые страны, где нарушения прав пожилых людей также происходят, находятся лишь в относительно лучшем положении в разработке таких механизмов.

49. Специальный докладчик подчеркивает влияние институционализации на самостоятельность пожилых людей и ее зачастую отрицательное влияние на их достоинство. Потеря полной независимости, ограниченная свобода передвижения и недостаток доступа к основным функциям может вызвать у любого человека чувство глубокого разочарования и унижения. Пожилые люди не являются здесь исключением. Очень важно, чтобы существовали механизмы рассмотрения жалоб в связи с действиями, которые без необходимости ограничивают свободу и самостоятельность пожилых людей, для обеспечения им возможности защищать свое достоинство.

50. Специальный докладчик выражает особую озабоченность в связи с несообщенными фактами насилия в отношении пожилых людей, находящихся в условиях ухода. Как и в отношении других уязвимых и маргинализированных групп населения, необходимо уделять особое внимание защите пожилых людей от злоупотреблений и обеспечению того, чтобы их права не нарушались в тех условиях, где они могут быть особенно подвержены насилию. Злоупотребление в отношении пожилых людей определяется как одиночное или повторное действие либо отсутствие соответствующего действия, имеющее место в рамках любых взаимоотношений, где ожидается наличие доверия, когда причиняется вред или страдание пожилому человеку<sup>30</sup>. Важно отметить, что злоупотребление зачастую носит тайный характер и ограничивает автономию пожилых людей неявным путем. Оно может принимать различные формы, включая физические, психологические, эмоциональные, сексуальные или финансовые злоупотребления, или может причиняться в результате отсутствия внимания.

51. Злоупотребление в отношении пожилых людей носит сложный характер, когда виновное лицо, отвечающее за уход, является родственником или членом семьи. Согласно одному из исследований, частота злоупотреблений в отношении пожилых людей в домашнем окружении, включая злоупотребления со стороны членов семьи, составляет от 2 до 10% всех случаев. В учреждениях по уходу случаи злоупотребления установить еще сложнее. Злоупотребления могут также принимать форму отношений и действий с предубеждением или дискриминационного характера, проявляющиеся в виде патернализма по отношению к пожилым людям, за которыми осуществляется уход, что оставляет у них чувство унижения, обращения с ними как с ребенком и что наносит ущерб их личности как человеческим существам.

52. В некоторых случаях сами работники медицинских учреждений могут даже не осознавать наличие злоупотреблений. Поэтому их следует обучать и

---

<sup>30</sup> WHO, *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse* (WHO, Geneva, 2002), p. 3.

оказывать им помощь в выявлении возможных случаев злоупотребления. Модели для такого обучения и действий используются в случаях злоупотреблений дома и могут послужить практическими моделями для выявления и исправления злоупотреблений в отношении пожилых людей. Работникам медицинских учреждений надо понимать возможность того, что пациент может стать жертвой злоупотребления, и иметь возможность управлять связанные с уходом действия таким образом, чтобы лица, подвергнувшиеся злоупотреблениям, могли свободно обсуждать свое индивидуальное положение.

53. Различные инициативы осуществляются в области насилия в семье, особенно в связи с насилием в отношении женщин, и этими инициативами можно воспользоваться для расширения информированности медицинского персонала и общественности в целом о злоупотреблениях в отношении пожилых людей. В дополнение к расширению обучения необходимо создать процедуры для сообщения о злоупотреблениях и решения вопросов в связи с последствиями таких злоупотреблений. Например, в Законе Южной Африки о пожилых людях от 2006 года, в частности, содержится требование лицу, которое может стать свидетелем злоупотребления в отношении пожилого человека в том, что касается не только физического, но также и психологического, сексуального и экономического злоупотребления, сообщать о таком правонарушении. В этом законе также предусмотрена система, в рамках которой виновные в злоупотреблениях в отношении пожилых людей становятся объектом расследования и их регистрируют, с тем чтобы запретить им соответствующую деятельность или быть нанятыми в доме для престарелых или общинных стационарах для пожилых людей.

### **С. Паллиативный уход**

54. В Замечании общего порядка № 14 отмечается, что следует принять меры для обеспечения внимания и ухода для людей с хроническими заболеваниями и неизлечимо больных, с тем чтобы облегчить страдания, которых можно избежать, и дать им возможность достойно уйти из жизни (Е/С.12/2000/4, пункт 25). Паллиативный уход является с медицинской точки зрения основным подходом к повышению качества жизни пациентов с угрожающими жизни заболеваниями путем профилактики и облегчения страданий<sup>31</sup>.

55. За последние 30 лет масштабы паллиативного ухода значительно возросли, и он все более широко применяется в национальных системах здравоохранения, хотя и в разной степени. Целый ряд мер, принимаемых в различных государствах, свидетельствует о росте значения обеспечения качества жизни пожилых людей в конце их жизни и обеспечения поддержки для их семей. В некоторых странах паллиативный уход признается только в контексте некоторых хронических заболеваний, например рака. Другие государства включили паллиативный уход в свои национальные нормы и планы в области здравоохранения и создали учреждения, занимающиеся паллиативным уходом. В ряде других стран лечебным учреждениям было предписано иметь персонал, квалифицирующийся на паллиативном уходе, или создать группу экспертов по данному вопросу.

56. В связи с обеспечением паллиативного ухода за пожилыми людьми возникает ряд вопросов, один из которых касается наличия возможности для пал-

<sup>31</sup> WHO, *WHO Definition of Palliative Care* (Geneva, 2010). Available from [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).

паллиативного ухода и, в частности, используемых при этом медикаментов. Средняя и сильная боль являются обычным побочным эффектом болезней, требующих паллиативного ухода, и при этом обычно прописываются опиоидные болеутоляющие<sup>32</sup>. Государства – участники Международного пакта по экономическим, социальным и культурным правам в соответствии с одним из основных обязательств по Пакту должны обеспечивать наличие основных медикаментов согласно определению Программы действий ВОЗ в отношении основных медикаментов. Несмотря на это и на тот факт, что морфин и другие наркотические препараты для приема внутрь являются недорогими и не должно быть трудностей с их покупкой, наличие таких медикаментов для использования в паллиативном уходе зачастую ограничено. Это связано с рядом факторов, например с ограничительными правилами в отношении медикаментов, невозможностью обеспечить должным образом работающую систему поставок и распределения и с недостаточными возможностями системы здравоохранения. Особую озабоченность вызывает сложная международная система контроля за наркотическими веществами, которая жестко ограничивает доступ к медикаментам, регулируемым в соответствии с этой системой<sup>33</sup>. Даже в тех случаях, когда такие медикаменты есть в наличии, зачастую сохраняется недостаток понимания паллиативного ухода и применения наркотических средств для болеутоления в среде медицинских работников. Необходимо проведение более комплексного обучения по вопросам паллиативного ухода и применения наркотических средств. Эти барьеры на пути наличия высококачественного паллиативного ухода распространяются не только на пожилых людей как группу населения, но на пожилых людях это сказывается слишком сильно ввиду большой частоты хронических и неизлечимых заболеваний среди них.

57. Пожилые люди могут также получать меньший паллиативный уход, чем другие более молодые группы населения. Необходимо провести больше исследований для определения того, является ли это распределение неравным или потребности пожилых людей удовлетворяются за счет других видов обслуживания<sup>34</sup>. Право на здоровье прямо запрещает дискриминацию по признаку возраста, включая медицинские услуги в области паллиативного ухода. Государства обязаны соблюдать право на здоровье, избегая как отказа в равном доступе всем лицам к паллиативным услугам, так и его ограничения (E/C.12/2000/4, пункт 34). Основанная на признаке возраста дискриминация, которая наказуема на основе профилирования рисков и выгод, не при каких обстоятельствах не может считаться приемлемой в рамках паллиативного ухода, который направлен на повышение качества жизни, а не увеличение ее продолжительности<sup>35</sup>.

58. Биомедицинский подход к старению в сочетании с увеличением продолжительности жизни привел к возникновению дополнительных этических дилемм. Все большая сложность или невозможность отказа в действиях, направленных на увеличение продолжительности жизни, рассматривается как проблема, стоящая как перед пациентами, так и перед медицинским персоналом, которая связана с тремя факторами: постепенным сдвигом от "выбора" соответ-

<sup>32</sup> WHO, *Pain Relief Ladder* (Geneva, 2010). Available from [www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/).

<sup>33</sup> См. A/65/255, раздел V: "Доступ к контролируемым медикаментам".

<sup>34</sup> Jenni Burt and Rosalind Raine, "The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review", *Age and Ageing*, vol. 35, No. 5 (September 2006), pp. 471 and 473.

<sup>35</sup> Jenni Burt and Rosalind Raine, "The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review", *Age and Ageing*, vol. 35, No. 5 (September 2006), p. 469.

вующих действий к обычному лечению; связью клинических действий с уходом и расширением спектра мер, создающих большие ожидания в отношении результатов для здоровья, что приводит к размыванию границ между лечебными действиями и теми, которые просто приводят к увеличению продолжительности жизни<sup>36</sup>.

59. Специальный докладчик считает, что при целостном подходе к здоровью следует также учитывать и процесс умирания. Хотя в настоящем докладе не рассматриваются вопросы самостоятельности пациента при решении о конце его жизни, тем не менее необходимо обеспечить, чтобы пациенты могли принимать самостоятельные, осознанные решения в отношении качества здоровья в процессе умирания. К этому относится выбор доступа к соответствующим болеутоляющим средствам и другим необходимым мерам, места смерти и возможности отказаться от лечения, предназначенного для продления жизни, когда этого не хочет пациент. Это требует ясного, откровенного и объективного обсуждения с медицинским персоналом, который должен быть соответствующим образом подготовлен для решения этих деликатных вопросов, с тем чтобы дать возможность пожилым людям "умереть с достоинством", как это необходимо с точки зрения прав человека.

60. Специальный докладчик считает, что окончание жизни людей является составной частью их жизни. Поэтому он подчеркивает, что с пожилыми людьми следует обращаться с как можно большим уважением в процессе их умирания так же, как когда они были на более ранних этапах своей жизни. Паллиативный уход требует большого финансирования и мобилизации многочисленных участников и заинтересованных сторон в медицинском секторе, и это абсолютно необходимо для продления жизни пожилых людей, имеющих опасные для жизни заболевания, и обеспечения того, чтобы они могли умереть с достоинством.

#### **D. Осознанное согласие**

61. Гарантирование осознанного согласия является одной из основных черт самостоятельности человека, его самоопределения и человеческого достоинства. Осознанное согласие предполагает наличие ряда элементов прав человека, которые являются неделимыми, взаимозависимыми и взаимосвязанными. В дополнение к праву на здоровье к ним относятся право на самостоятельность, свободу от дискриминации, свободу от проведения экспериментов без согласия, неприкосновенность и достоинство человеческой личности, признание перед законом, свободу мысли и самовыражения и самоопределение в отношении репродуктивности. Самостоятельность человека, его физическая неприкосновенность и благополучие находятся в центре системы права на здоровье. В рамках этой системы наличие, доступность, приемлемость и качество информации о здоровье являются ключевыми элементами этого права, определяемого как "право искать, получать и распространять информацию и идеи, касающиеся вопросов здоровья" (E/C.12/2000/4, пункт 12). В докладе Генеральной Ассамблеи Специальный докладчик определил осознанное согласие как "принятое добровольно и на основе достаточной информации решение, что гарантирует пациенту право на участие в принятии решений медицинского характера и возлагает

---

<sup>36</sup> Sharon R. Kaufman, Janet K. Shim and Ann J. Russ, "Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges", *The Gerontologist*, vol. 44, No. 6 (December 2004), p. 732.

на медработников соответствующие функции и обязанности" (A/64/272, пункт 9).

62. Медицинская информация должна отвечать высочайшим стандартам качества, находиться в свободном доступе без какой бы то ни было дискриминации, быть доступной для лиц, испытывающих трудности в общении (в том числе физического и культурного характера), и предоставляться таким образом, чтобы это было приемлемо в культурном и ином отношении для лица, согласие которого испрашивается. Информация должна предоставляться с учетом различий в способностях ее восприятия и не должна быть перегруженной техническими деталями или слишком сложной, передаваться поспешно или на языке, способом или в условиях, которые пациенту непонятны (там же, пункт 23). Это особенно справедливо и необходимо для таких уязвимых групп людей как пожилые люди, которые могут нуждаться в дополнительном внимании, разъяснении или помощи в получении или правильном понимании информации о здоровье, предоставляемой медперсоналом пациенту до начала лечения.

63. В результате оценок постоянно обнаруживается дефицит информации, предоставляемой пожилым людям с целью оказания им помощи для принятия осознанного решения, особенно тем из них, у которых недостаточный уровень образования<sup>37</sup>. Некоторые медицинские работники могут обращать недостаточно внимания на особые факторы уязвимости пожилых людей и не могут надлежащим образом получить осознанное согласие, поскольку сделать это может оказаться сложнее, чем обычно. Один способ на все случаи зачастую является неприемлемым в отношении пожилых людей. Необходим более адаптированный, индивидуализированный и приспособленный для соответствующего возраста подход для более полного учета потребностей этой группы населения. Это означает выход за рамки базовой грамотности в отношении здоровья, которая недостаточным образом обеспечивает право на здоровье, в направлении более полной информации и образования в отношении здоровья, возможно при помощи групп сверстников.

64. В дополнение к неравенству в отношении власти, опыта и доверия, которое присуще отношениям между врачом и пациентом, структурное неравенство может привести к тому, что добровольный и осознанный характер согласия в значительной степени подрывается (там же, пункт 45). В целях защиты прав пожилых людей государствам следует создать надлежащие механизмы поддержки, которые помогут решать последующие проблемы в достижении осознанного согласия, включая участие общин и комплексное консультирование.

65. Роль поставщиков услуг в области здравоохранения является чрезвычайно важной для обеспечения осознанного согласия. Во многих случаях не хватает подготовки у работников здравоохранения в отношении передачи информации о здоровье пожилым людям, могущим иметь особые потребности, которые зачастую не удовлетворяются. Медицинские учебные учреждения должны включать вопросы образования в отношении осознанного согласия лиц из уязвимых групп населения и их особых потребностей в программы обучения. Структурные проблемы также тормозят усилия по получению осознанного согласия, например, количество времени, которым располагают доктора и медработники для консультаций с пациентами. Пожилые люди могут нуждаться в дополнительном внимании и помощи для полного понимания ими последствий

---

<sup>37</sup> Sugarman et al., "Getting meaningful informed consent from older adults: a structured literature review of empirical research", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 46, No. 4 (April 1998).

связанной со здоровьем информации, которая им представлена и которая может на них серьезно сказаться ввиду недостатка времени для консультаций. В целом, каждый человек должен получать индивидуальное лечение и его/ее состояние здоровья должно регулярно проверяться, включая медикаменты, которые он/она употребляет.

66. Постоянный отказ в праве на осознанное согласие может стать одной из форм физического и психологического злоупотребления в отношении пожилых людей, которые намного чаще могут сталкиваются с лечением и уходом без их согласия. Это осложняется дискриминацией, направленной против пожилых людей, которые в некоторых случаях обладают ограниченной способностью давать согласие на лечение. Специальный докладчик ранее отмечал, что пожилые люди часто подвергаются плохому обращению ввиду их кажущейся неосведомленности и беспомощности, а также их реальной физической слабости и психической неустойчивости, например дегенеративных заболеваний, подрывающих их способность давать осознанное согласие (A/64/272, пункт 51). Они чаще сталкиваются с ситуациями, при которых необходимо осознанное согласие, и поэтому более велика возможность нарушений и злоупотреблений.

67. Национальные законодатели часто не вводят законодательные нормы или не разрабатывают политику для решения проблем, связанных с осознанным согласием и пожилыми людьми. Проблема, связанная с законодательными нормами, касающимися пожилых людей и права на здоровье, особенно остро стоит в развивающихся странах, в которых часто не хватает соответствующих правовых структур, относящихся к опеке или согласию. В некоторых странах юридическому требованию в отношении осознанного согласия препятствуют процедуры опеки даже в случае частичной недееспособности, когда согласие пациента заменяется согласием опекуна. Право на здоровье требует, чтобы государства уважали, охраняли и реализовывали право на здоровье, и именно они должны разрабатывать политику и создавать структуры, через посредство которых может быть реализовано право пожилых людей на здоровье для удовлетворения этих требований. Важно создать гарантии для обеспечения осознанного согласия пожилых людей в контексте опекунства и сделать так, чтобы пожилые люди полностью понимали информацию о здоровье и пользовались ею<sup>38</sup>.

68. Специальный докладчик считает, что вопрос об осознанном согласии пожилых людей приобретает все большее значение ввиду глобального старения населения и соответствующих проблем для общества. Он далее считает, что следует разработать международные руководящие положения и национальные системы для регулирования практики и обеспечить, чтобы пожилые люди получали поддержку при принятии ими решений, касающихся здоровья. Желательно также создавать группы сверстников, которые будут предоставлять пожилым людям информацию до их визита к врачу или другому лечебному персоналу, что может помочь избежать таких непосредственных проблем, как недостаток подготовки.

69. Специальный докладчик указывает на важность расширения информированности и возможностей пожилых людей, с тем чтобы подкрепить их участие в принятии политических решений, касающихся здоровья, и создании сетей с участием пожилых людей, через которые легче поступала бы информация о здоровье. Также важно, чтобы пожилые люди могли полностью понимать информацию о здоровье и принимать добровольные и осознанные решения, основанные на этой информации. Государства обязаны искать и реализовать новые и

<sup>38</sup> Конвенция о правах инвалидов, статьи 12 (3) и (4).

передовые пути по установлению контактов с пожилыми людьми, создавать приемлемые для пожилых людей средства распространения связанной со здоровьем информации и поощрять их участие.

## V. Выводы и рекомендации

70. В докладе такого объема невозможно рассмотреть все важные вопросы, но Специальный докладчик настоятельно подчеркивает современные демографические изменения, ведущие к быстрому росту числа пожилых людей. Обществу следует пойти дальше стремления просто обеспечить старение граждан с сохранением здоровья и начать переход к активному и достойному старению, которое должно планироваться и поддерживаться так же, как и любой другой этап в жизни человека. Планирование в связи со старением подразумевает создание диагностических и профилактических служб на уровне первичной медико-санитарной помощи задолго до начала старения. Стремление к активному и достойному старению пожилых людей требует пересмотра концепции общества в отношении старения с перенесением упора на постоянное участие пожилых людей в экономической, культурной и гражданской жизни, а также на обеспечение их постоянного вклада в жизнь общества в пожилом возрасте. Поощрение и защита прав человека пожилых людей должны стать заботой для всех, поскольку старение является процессом, который коснется каждого. Пожилые люди особенно уязвимы как группа населения из-за стереотипного представления об этой группе, как о "бывшей" части общества. Однако с увеличением продолжительности жизни и развитием медицины пожилые люди остаются активными дольше, чем когда-либо ранее как с точки зрения профессиональной, так и непрофессиональной деятельности. Стремление к тому, чтобы пожилые люди как можно дольше оставались активными с физической, политической, социальной и экономической точек зрения, поможет не только самому человеку, но и обществу в целом.

71. Специальный докладчик рекомендует:

a) признание старения как процесса, продолжающегося в течение жизни, и реальности, которая должна быть отражена в политике государства, законодательстве и распределении ресурсов, с тем чтобы медицинские услуги, включая диагностические и профилактические услуги, имелись в наличии и были доступными для человека до начала его старения, с тем чтобы обеспечить старение при хорошем здоровье;

b) обеспечение того, чтобы право на наивысший достижимый стандарт здоровья оказывало влияние на формирование соответствующей национальной и международной политики, касающейся старения и пожилых людей и был в нее включен. Учреждения, товары и услуги, связанные со здравоохранением, должны иметься в наличии, быть доступными физически и экономически, а также приемлемыми для пожилых людей и иметь высокое качество;

c) создание системы права на здоровье для обеспечения сдвига от обсуждения проблем пожилых людей с точки зрения их потребностей к правовому подходу, позволяющему более полное осуществление права пожилых людей на здоровье;

d) поощрение создания и поддержки сетей для пожилых людей с целью обеспечения их участия в развитии и совершенствовании социаль-

ной защиты и медицинского обслуживания, в рамках которых признается и обеспечивается право на здоровье;

e) создание системы социальной защиты, позволяющей пожилым людям получить доступ к постоянному уходу как в учреждениях, так и на дому, в которой обеспечивается исключение злоупотреблений или нарушений прав;

f) разработку политики и процедур для получения информации, рассмотрение и предупреждения злоупотреблений в отношении пожилых людей;

g) создание механизмов по расширению информированности и подготовке медицинских работников, немедицинских участников обеспечения и общества в целом в отношении пожилых людей и предупреждению злоупотреблений в отношении пожилых людей;

h) разработку международных руководящих положений и национальных систем по урегулированию и мониторингу систем хосписов для обеспечения того, чтобы пожилые люди получали поддержку при принятии осознанных решений в отношении медицинского ухода и чтобы их человеческое достоинство и самостоятельность не игнорировались в связи с уязвимостью их положения;

i) разработку и реализацию гарантий для обеспечения того, чтобы свободное и осознанное согласие требовалось для любого лечения и/или других медицинских действий и того, чтобы это гарантировалось всем пациентам независимо от их возраста, состояния и предложенного лечения;

j) разработку и реализацию механизмов по защите прав пожилых людей, если/когда их считают неспособными принять осознанное решение в отношении любого вида лечения и/или других медицинских действий ввиду травмы, болезни или таких хронических состояний, как слабоумие.

---