



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
12 September 2005
Russian
Original: English

Шестидесятая сессия

Пункт 73(b) предварительной повестки дня*

**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 членам Генеральной Ассамблеи 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 2005/24 Комиссии.

* A/60/150.

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

Резюме

Для реализации права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья («права на здоровье») необходимо обеспечить возможности не только в плане получения своевременной и квалифицированной медицинской помощи, но и в плане достижения основополагающих показателей здоровья, таких, как надлежащий уровень санитарии, безопасная питьевая вода, продовольствие, питание и жилье. Недавно Всемирная Ассамблея здравоохранения учредила, на трехлетний период, Комиссию по социальным детерминантам здоровья, которой поручена важная задача изучения социальных аспектов здоровья населения. В разделе II настоящего доклада отмечается, что мандат Комиссии, по сути, предусматривает изучение охранительного аспекта основополагающих детерминант здоровья. Специальный докладчик весьма надеется на активное сотрудничество с Комиссией и хотел бы узнать, каким образом она предполагает интегрировать в свою работу вопросы права на здоровье.

Специалисты системы здравоохранения играют исключительно важную роль в деле поощрения и защиты прав человека, в том числе права на здоровье. В разделе III доклада говорится о важном значении просвещения медицинских работников по вопросам прав человека и отмечается, что праву на здоровье и другим правам человека уделяется недостаточно внимания в учебных программах медицинских вузов и училищ. В ходе своих поездок в страны Специальный докладчик будет и впредь заниматься изучением того, как организовано просвещение по вопросам прав человека среди специалистов сферы здравоохранения и какую поддержку в вопросах прав человека им оказывают государства и ассоциации работников здравоохранения.

Самый большой раздел доклада посвящен проблеме миграции работников системы здравоохранения, известной также как проблема «утечки специалистов» или «утечки умов». В своем последнем докладе Генеральной Ассамблее (A/59/422) Специальный докладчик особо отметил, что одной из наиболее отличительных черт целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, является то значение, которое в них отводится вопросам охраны здоровья. Если международное сообщество решительно настроено на достижение этих целей, оно должно принять решительные меры в целях укрепления систем здравоохранения, решения проблем, связанных с «тяжелыми условиями» труда и жизни специалистов системы здравоохранения и утечкой кадров. Сегодня в мире существует ужасающее по своей степени неравенство в вопросах медицинского обслуживания и охраны здоровья. И проблема утечки специалистов должна рассматриваться как раз в контексте этого тревожного явления общемирового масштаба — неравенства в вопросах охраны здоровья.

В докладе в общих чертах говорится о масштабах миграции специалистов системы здравоохранения из развивающихся стран в развитые, а также о факторах, которые заставляют специалистов покидать свои страны и переселяться в другие и которые способствуют утечке специалистов. В связи с проблемой утечки специалистов особое значение имеют три категории прав человека: право на свободу передвижения; трудовые права и право на здоровье, которое включает в себя право на пользование услугами эффективной и качественной системы здравоохранения, рассчитанной на охват всего населения. В докладе

основное внимание уделяется праву на здоровье, включая вопросы участия, международной помощи и сотрудничества, а также подотчетности. Вопрос о праве на здоровье рассматривается в нем, в частности, в увязке с положением в тех странах, из которых медицинские специалисты уезжают.

В заключительной части раздела, после ряда приведенных руководящих принципов, подчеркивается, что если вопросы прав человека учитываются в рамках национальных и международных стратегий борьбы с утечкой специалистов, то это, как правило, придает таким стратегиям более эффективный, действенный, справедливый и комплексный характер и повышает их значимость для лиц, живущих в нищете. В заключении содержится краткий анализ трех возможных вариантов политики в связи с проблемой утечки специалистов: укрепление систем здравоохранения в странах происхождения; набор специалистов странами назначения на основе принципов профессиональной этики; а также компенсация или реституция. В докладе развивающимся странам предлагается учредить независимые национальные управления по контролю за ходом международного сотрудничества в области здравоохранения, в том числе осуществлением стратегий в целях борьбы с утечкой специалистов.

Содержание

| | <i>Пункты</i> | <i>Стр.</i> |
|--|---------------|-------------|
| I. Введение | 1–4 | 5 |
| II. Комиссия по социальным детерминантам здоровья | 5–7 | 6 |
| III. Специалисты системы здравоохранения и просвещение в области прав человека | 8–17 | 7 |
| IV. Утечка специалистов: миграция медико-санитарного персонала | 18–89 | 10 |
| A. Все более активное признание проблемы утечки специалистов как проблемы глобального масштаба | 23–24 | 11 |
| B. Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, системы здравоохранения и специалисты системы здравоохранения | 25–30 | 12 |
| C. Проблема | 31–35 | 13 |
| D. Причины утечки специалистов: «дестимулирующие» и «стимулирующие» факторы | 36–40 | 14 |
| E. Утечка специалистов, права человека и право на здоровье | 41–72 | 15 |
| F. Некоторые руководящие принципы | 73–74 | 22 |
| G. Заключение | 74–89 | 23 |
| V. Выводы | 90 | 27 |

I. Введение

1. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья («право на здоровье») представил свой годовой доклад (E/CN.4/2005/51 и Add.1–4) Комиссии по правам человека на ее шестьдесят первой сессии в соответствии с мандатом, предусмотренным в резолюции 2004/27 Комиссии. В своей резолюции 2005/24 Комиссия приветствовала доклад и вновь просила Специального докладчика ежегодно представлять доклад Комиссии и промежуточный доклад Генеральной Ассамблее о деятельности, осуществляемой в рамках его мандата. Настоящий доклад представляется во исполнение резолюции 2005/24 Комиссии.

2. После того, как в феврале 2005 года Специальный докладчик представил свой годовой доклад Комиссии, он по приглашению правительства Уганды и при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) совершил поездку в Уганду (15–25 марта) для анализа положения дел в вопросах, касающихся запущенных болезней и права на здоровье. Доклад о поездке будет представлен Комиссии на ее шестьдесят второй сессии. Помимо этого, Специальный докладчик адресовал правительствам различных стран целый ряд настоятельных призывов и других сообщений, а также выступил с заявлениями, в том числе для прессы, по целому кругу проблем — от права на сексуальное и репродуктивное здоровье до последствий действия торговых соглашений для получения медикаментов населением. Об этих сообщениях он расскажет в своем следующем годовом докладе Комиссии.

3. Специальный докладчик принимал также участие в совещаниях, включая ежегодное совещание специальных процедур, организованное Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека; различные консультации с ВОЗ, в том числе с региональными директорами ВОЗ; организованное при поддержке ВОЗ и Германского агентства по техническому сотрудничеству (ГТЗ) совещание в Берлине по вопросам активизации борьбы с тропическими болезнями; а также дискуссионный форум по запущенным болезням, который состоялся в период работы Всемирной ассамблеи здравоохранения. В феврале он участвовал в работе совещания в Нью-Йорке, которое было организовано в рамках Инициативы в поддержку этической глобализации для обсуждения роли фармацевтических компаний в реализации права на здоровье. В апреле Специальный докладчик выступил с основным докладом на конференции по теме «Опыт реализации подходов, основанных на учете прав человека в рамках систем здравоохранения», которая была организована Институтом прав человека Университета Эмори, штат Атланта, Соединенные Штаты Америки, в сотрудничестве с ВОЗ, организацией «Кэр Ю-Эс-Эй», группой по вопросам прав человека Центра Картера, Центрами по искоренению и предотвращению болезней (ЦИБ), а также организацией «Докторс фор глобал хелс». В июле Специальный докладчик встречался с делегатами развивающихся стран, участвовавшими в работе Всемирной торговой организации, а также с другими лицами и обсуждал с ними вопросы, касающиеся четвертого способа поставки услуг Генерального соглашения по торговле услугами (ГАТС) и миграции специалистов сферы здравоохранения. Помимо этого, он председательствовал на совещании, состоявшемся в Центре по вопросам прав человека Эссекского университета, Соединенное Королевство, которое

было организовано Международной федерацией организаций системы здравоохранения и правозащитных организаций для обсуждения будущих стратегий и приоритетных задач в контексте деятельности по реализации права на здоровье.

4. С тем чтобы облегчить поиск материалов, все доклады Специального докладчика Генеральной Ассамблеи и Комиссии по правам человека, а также сделанные им заявления для прессы и сборник его выступлений и докладов по вопросу о праве на здоровье были размещены на веб-сайте Центра по правам человека Эссексского университета http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtml. Вся документация Организации Объединенных Наций, имеющая отношение к работе Специального докладчика, включая заявления для прессы и доклады Генеральной Ассамблеи и Комиссии по правам человека, размещены на веб-сайте Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека <http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/>.

II. Комиссия по социальным детерминантам здоровья

5. Согласно международным нормам в области прав человека, для реализации права на здоровье необходимо обеспечить возможности не только в плане получения своевременной и квалифицированной медицинской помощи, но и в плане достижения важнейших «основополагающих показателей»¹ здоровья, к числу которых относятся такие влияющие на здоровье факторы, как наличие безопасной питьевой воды и продовольствия, адекватность санитарной обстановки и жилищных условий, здоровая рабочая и экологическая обстановка и т.п. Специальный докладчик занимается этими вопросами с самого начала осуществления своего мандата, в том числе при посещении различных стран².

6. Признавая исключительно важное значение основополагающих детерминант здоровья, Всемирная ассамблея здравоохранения недавно учредила, на трехлетний период, Комиссию в составе ведущих представителей директивных органов и работников системы здравоохранения, которой поручено выполнение важной задачи — изучение социальных аспектов здоровья. Задача Комиссии по социальным детерминантам здоровья состоит в том, чтобы на базе опыта, накопленного в рамках системы общественного здравоохранения, разработать практически осуществимые программы действий на глобальном и национальном уровне, призванные улучшить показатели состояния здоровья населения и обеспечить доступ к медицинскому обслуживанию. С информацией о Комиссии можно ознакомиться на веб-сайте ВОЗ www.who.int/social_determinants/en/. Если говорить коротко, то работа Комиссии заключается в сборе и анализе научных данных о социальных механизмах, определяющих состояние здоровья населения и обуславливающих неравенство в сфере здравоохранения, выработке стратегических рекомендаций в целях улучшения показателей здоровья и содействия достижению равноправия в сфере здравоохранения путем принятия мер в связи с социальными детерминантами, а также организации пропагандистской деятельности в интересах осуществления рекомендаций в странах.

7. Положения мандата Комиссии в значительной степени увязаны с аспектом права на здоровье, касающимся «основополагающих детерминант здоровья», а также другими связанными между собой правами человека, такими, как право на адекватное жилье, питание и водоснабжение. Другими словами, националь-

ные и международные нормы в области прав человека служат основой мандата Комиссии и содействуют его практической реализации. В ходе предварительного неофициального совещания с членами секретариата Комиссии Специальный докладчик заявил о своей твердой поддержке серьезного и масштабного мандата Комиссии. Он надеется на дальнейшее продолжение сотрудничества и хотел бы узнать, каким образом Комиссия намеревается интегрировать в свою работу вопросы, касающиеся права на здоровье. Если Комиссия пожелает, то Специальный докладчик будет готов оказать любую возможную помощь в рамках имеющихся в его распоряжении весьма ограниченных ресурсов.

III. Специалисты системы здравоохранения и просвещение в области прав человека

8. Работа специалистов системы здравоохранения имеет большое значение для деятельности по поощрению и защите прав человека, в частности права на здоровье. Поскольку работники системы здравоохранения обеспечивают оказание медицинских услуг, они выполняют исключительно важную функцию в реализации права на здоровье. Кроме того, они часто играют важную роль, помогая документально зафиксировать случаи нарушения прав человека, такие, как насилие и пытки, и обеспечить получение соответствующей компенсации.

9. Хотя подавляющее большинство медицинских специалистов вносят весомый вклад в дело защиты прав человека, некоторые, сознательно или неосознанно, оказывались замешанными в ситуациях, связанных с нарушением прав человека. Наличие факторов политического, правового, социально-экономического и культурного давления, которые могут идти вразрез с принципами прав человека, означает, что в их каждодневной практике им порой приходится принимать решения, имеющие серьезные последствия с точки зрения прав человека. На характер деятельности медицинских работников могут влиять и их личные взгляды: их позиция порой может не согласовываться с правами пациентов. Так, например, в некоторых странах специалисты системы здравоохранения работают в условиях институционального или социального давления либо, основываясь на собственных взглядах и убеждениях, принимают решения об отказе обеспечивать медицинское обслуживание представителей маргинализированных групп, например иммигрантов, решения о раскрытии конфиденциальной медицинской информации или об отказе предоставлять информацию по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья женщинам или подросткам. Помимо этого, на работников системы здравоохранения иногда оказывается давление с целью сделать их соучастниками нарушений прав человека, в том числе в случаях пыток, проведения принудительной стерилизации и обрезания у женщин/калечащих операций на женских половых органах. Решения, которые принимают специалисты сферы здравоохранения, могут становиться как раз тем фактором, на основе которого можно говорить либо о защите, либо о нарушении прав человека в том или ином конкретном случае.

10. В первоначальном докладе Комиссии по правам человека Специальный докладчик сообщил о своем намерении проанализировать функции и обязанности специалистов системы здравоохранения в связи с реализацией права на здоровье, а также те сложности, с которыми они в этом отношении сталкиваются (E/CN.4/2003/58, пункты 95–98). В настоящей главе содержится ряд об-

щих замечаний лишь по одной проблеме, касающейся работников системы здравоохранения, — необходимости их просвещения по вопросам прав человека.

11. Неадекватное соблюдение медицинскими специалистами стандартов в области прав человека часто является результатом целого ряда сложных и взаимосвязанных обстоятельств, включая политическое давление и социальные факторы. Однако оно в определенной степени является зачастую следствием неадекватного характера профессиональной подготовки по вопросам прав человека либо ее отсутствия вообще³. Организация просвещения в области прав человека является важнейшей отправной точкой на пути к тому, чтобы работники сферы здравоохранения овладевали знаниями и умениями, с помощью которых они будут обеспечивать поощрение и защиту прав человека. Наряду с тем, что просвещение в области прав человека позволяет медицинским работникам защищать права своих пациентов, оно также играет важную роль, помогая им защищать и свои собственные права.

12. Актуальность просвещения медицинских работников в области прав человека все шире признают как государства, так и члены организаций системы здравоохранения и правозащитных организаций во всем мире. В принятой в июне 1993 года Всемирной конференцией по правам человека Венской декларации и Программе действий государства признали важное значение организации для работников системы здравоохранения специализированного обучения в области прав человека и гуманитарного права. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) настоятельно рекомендует включить в учебную программу медицинских учебных заведений в качестве обязательного курс медицинской этики и прав человека⁴. Международный совет медицинских сестер в своем программном заявлении, касающемся медицинских сестер и прав человека, принятом в 1998 году, выступает за включение вопросов прав человека во все программы подготовки медсестер на всех уровнях и пропагандирует роль самих медсестер в этих вопросах⁵. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин рекомендует правительствам «обеспечивать включение в учебные программы подготовки медицинских работников всесторонних, обязательных и учитывающих гендерную проблематику курсов по вопросам охраны здоровья женщин и их прав человека, особенно в том, что касается насилия по признаку пола»⁶.

13. В последние годы было разработано множество отличных учебных пособий и курсов подготовки по вопросам прав человека для работников системы здравоохранения. В их числе — как общие курсы, так и курсы, посвященные реализации связанных с охраной здоровья прав человека в особых условиях, когда существует наибольший риск того, что права человека могут оказаться нарушенными, например в тюрьмах и при оказании репродуктивных медицинских услуг, либо реализации связанных с охраной здоровья прав человека уязвимых групп, в частности беженцев⁷. Результаты исследований, проведенных в последнее время Британской медицинской ассоциацией и Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА), свидетельствуют также о том, что студенты-медики во всем мире стремятся в период своего обучения получить больше информации по вопросам прав человека и этики⁸. Это дает Специальному докладчику серьезные основания для оптимизма. При этом, однако, он весьма обеспокоен тем, что во всем мире в учебных программах медицинских вузов и училищ и в учебных пособиях праву на здоровье и другим правам человека уделяется не-

достаточно внимания. Многие медицинские работники просто не проходят подготовки по вопросам прав человека.

14. Хотя такая дисциплина, как вопросы прав человека, к сожалению, как правило, не преподается в медицинских вузах и училищах, в учебную программу и учебники многих медицинских учебных заведений включен курс биоэтики. В основе биоэтики и прав человека лежат сходные системы ценностей. Основы биоэтики являются для медицинских работников ценным и во многом сопоставимым с правами человека комплексом моральных норм, которыми они должны руководствоваться в своей профессиональной деятельности. Значение подготовки в области биоэтики трудно переоценить. Однако важную роль играет и просвещение в области прав человека, поскольку работники системы здравоохранения должны быть во всеоружии, чтобы обеспечить защиту прав человека — важный компонент их профессиональной практической деятельности. Права человека прочно закреплены в международных правовых документах, а контроль за их соблюдением осуществляется в рамках целого ряда механизмов. Особый акцент в вопросах прав человека делается на обеспечении подотчетности и недискриминации, а также защиты наиболее уязвимых членов общества. Таким образом, права человека служат для работников системы здравоохранения исключительно важным подспорьем в вопросах, касающихся поощрения и защиты прав и благосостояния их пациентов, а также их собственных прав.

15. Объем знаний, необходимый работникам здравоохранения, в определенной степени будет зависеть от того, в какой стране они работают, и от сферы их специализации. Как минимум, все медицинские работники должны пройти обучение по вопросам прав человека пациентов, включая их право на здоровье; по связанным с охраной здоровья аспектам прав человека уязвимых групп, таких, как женщины, дети и инвалиды; а также по вопросам их собственных прав человека, связанных с их профессиональной деятельностью. Просвещение в области прав человека должно также всегда включать практический инструктаж в отношении способов реализации в условиях клинической практики подхода, основанного на учете прав человека, в том числе в отношении того, каким образом обеспечить уважение чувства собственного достоинства всех пациентов, противостоять институциональному либо общественному давлению, принуждающему к нарушению этих прав, выявлять случаи нарушений, расширять права и возможности пациентов и коллег в плане защиты их прав и обеспечивать привлечение к ответственности в случаях выявленных или подозреваемых злоупотреблений, а также в отношении того, как свести к минимуму риск возможного применения ответных мер. Более специализированное обучение по вопросам прав человека должны проходить медицинские специалисты, работающие в условиях, когда вероятность нарушения прав человека весьма велика либо когда они могут столкнуться с доказательствами злоупотреблений, в том числе в рамках судебной медицины, пенитенциарной системы, в контексте оказания услуг в области психического здоровья и планирования семьи, в условиях вооруженного конфликта либо при работе с уязвимыми группами населения.

16. В соответствии с международными нормами в области прав человека обеспечение реализации права на наивысший достижимый уровень здоровья является первейшей обязанностью государств. Поэтому, как подчеркивает Специальный представитель, исключительно важно, чтобы государства создавали

условия, способствующие реализации работниками сферы здравоохранения подходов, основанных на учете прав человека. Особенно важно, чтобы государства не ставили работников своих систем здравоохранения в такое положение, когда им может быть предложено применить их знания и навыки таким образом, что это приведет к дальнейшему нарушению прав человека тех, чьим интересам они служат, и чтобы государства обеспечивали функционирование механизмов подотчетности, позволяющих принимать меры в целях предотвращения нарушений прав человека в клинической практике или добиваться компенсации в случаях, когда такие нарушения имели место. Однако важная роль принадлежит и другим субъектам. Медицинским вузам и училищам и другим структурам, занимающимся подготовкой медицинских работников, необходимо организовать обучение и профессиональную подготовку по вопросам прав человека для специалистов всех уровней. Национальные ассоциации работников системы здравоохранения должны, опираясь на накопленный положительный опыт практической деятельности, повышать осведомленность о правах человека и стимулировать среди своих членов спрос на соответствующее обучение и должны также оказывать помощь медицинским работникам, вовлеченным в правозащитную деятельность, путем обеспечения возможностей для консультаций со специалистами и институциональной поддержки. Хотя основное внимание в данной главе уделяется вопросам организации просвещения медицинских работников по вопросам прав человека, Специальный докладчик хотел бы все же отметить, что вопросы, касающиеся права на здоровье и других прав человека, связанных с охраной здоровья, должны быть включены в учебные программы юридических факультетов и других учебных заведений, в которых осуществляется подготовка по вопросам прав человека.

17. Во время поездок в страны Специальный докладчик стремится и будет и впредь стремиться получить информацию о том, как организовано обучение медицинских работников по вопросам прав человека и в какой степени государство и национальные ассоциации работников здравоохранения оказывают медицинским специалистам поддержку в деле поощрения и защиты прав человека.

IV. Утечка специалистов: миграция медико-санитарного персонала

18. В связи с проблемой миграции работников системы здравоохранения, особенно врачей и медсестер, а также акушеров, фармацевтов, стоматологов, техников и других категорий специалистов, встают серьезные вопросы в плане обеспечения реализации права на здоровье.

19. Работники системы здравоохранения «перемещаются» не в одном, а во многих направлениях. Однако, в целом, чистая миграция всегда происходит из сельской местности в города, из государственного сектора в частный, из более бедных развивающихся стран в более богатые из них, из менее стабильных государств в более стабильные, из развивающихся стран в развитые и из развитых стран, в которых сектор здравоохранения находится в менее благополучном положении, в развивающиеся страны, где в секторе здравоохранения дела обстоят более благополучно. Это явление часто именуют «утечкой специалистов» или «утечкой мозгов».

20. В настоящей главе акцент делается на международных аспектах утечки специалистов, в частности миграции медицинских специалистов из развивающихся стран в развитые⁹. При этом Специальный докладчик признает, что во многих странах, где существует миграция из сельской местности в города и из государственного сектора в частный, имеют место взаимосвязанные кризисы, в силу которых бедняки и жители сельской местности оказываются лишенными столь необходимого им медицинского обслуживания.

21. Хотя хорошо известно, что в связи с утечкой специалистов возникает целый ряд проблем в деле реализации прав человека медицинских работников, в частности таких, как свобода передвижения и право на труд, последствия утечки специалистов для реализации права на здоровье в развивающихся странах происхождения зачастую остаются без внимания. В данной главе акцент делается именно на этом аспекте проблемы утечки квалифицированных кадров.

22. Сегодня в мире существует ужасающее по своим масштабам неравенство в сфере медицинского обслуживания и охраны здоровья. Утечка квалифицированных кадров, когда развитые страны нанимают на работу медицинских специалистов, подготовленных в развивающихся странах и крайне им необходимых, еще больше усугубляет это неравенство в вопросах охраны здоровья во всем мире. Стратегии, призванные решить проблему утечки квалифицированных кадров, должны предусматривать осуществление на системной и скоординированной основе мер по борьбе с существующим в мире неравенством в сфере охраны здоровья¹⁰.

A. Все более активное признание проблемы утечки специалистов как проблемы глобального масштаба

23. Необходимость решения проблемы утечки специалистов в настоящее время признается многими. Так, например, в 2004 и 2005 годах Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюции, в которых признается, что миграция медико-санитарного персонала из развивающихся стран в развитые и его наем развитыми странами представляют собой одну из серьезнейших проблем систем здравоохранения в развивающихся странах¹¹. Кроме того, существует много литературы, посвященной причинам и последствиям утечки кадров в сфере здравоохранения, и количество такой литературы все увеличивается¹².

24. К тому же проблема утечки специалистов начинает вызывать интерес у средств массовой информации и обеспокоенность общественности. Перед проведением саммита Группы 8 в Глениглз, Шотландия, в июле 2005 года лондонская «Файнэншл тайм» поместила большое объявление под крупным заголовком «До каких пор беднейшие страны будут готовить медицинских работников для самых богатых стран?»¹³. На саммите руководители стран-участниц взяли на себя обязательства инвестировать средства в развитие системы здравоохранения в партнерстве с правительствами африканских стран, в том числе путем оказания африканским странам помощи в подготовке и удержании медицинских кадров¹⁴. В связи с такими обязательствами должны приниматься конкретные практические меры, браться повышенные обязательства и обеспечиваться надлежащий контроль. Этот вопрос вновь поднимается в заключительной части главы.

В. Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, системы здравоохранения и специалисты системы здравоохранения

25. В своем докладе Генеральной Ассамблее, представленном в прошлом году (A/59/422), Специальный докладчик подчеркнул, что одной из наиболее отличительных черт целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, является то значение, которое в них отводится вопросам охраны здоровья. В докладе в общих чертах говорится о том, каким образом необходимость реализации права на здоровье дополняет цели, связанные с охраной здоровья, и как это может способствовать их осуществлению.

26. Для реализации права на здоровье необходимо развивать эффективные и качественные системы здравоохранения в интересах всего населения — как раз то, что необходимо для достижения Целей в области развития. В то же время в рамках Проекта тысячелетия Организации Объединенных Наций неизменно подчеркивается важное значение организации систем здравоохранения, обеспечивающих всеобщий доступ к более важным услугам в сфере охраны здоровья. (Можно, в частности, ознакомиться с такими документами, как “Investing in Development: A practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals” («Инвестировать в развитие: практический план реализации ЦРДТ»), а также достойным самой высокой оценки докладом целевой группы, озаглавленным “Who’s Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children” («В чьих руках власть? Реформа системы здравоохранения в интересах женщин и детей»).

27. Чрезвычайно важно то, что эффективность деятельности системы здравоохранения зависит от работы специалистов сферы здравоохранения. Однако во многих странах в этой сфере наблюдается кризис кадровых ресурсов. Во многих странах медицинские работники трудятся в «тяжелых условиях»¹⁵. Из-за эпидемии СПИДа нагрузка на медицинских работников возрастает, они заболевают и умирают, а те, кто занимается лечением больных, подвергаются социальному ostracismu. Системам здравоохранения во многих странах на протяжении более 20 лет не уделялось надлежащего внимания и не выделялось в достаточном количестве финансовых средств, в результате чего сегодня они находятся в бедственном положении. Проблема утечки специалистов является острой болевой точкой многих развивающихся стран, особенно стран, расположенных к югу от Сахары.

28. В силу этой и других причин существует «массовая глобальная нехватка медицинских кадров», составляющая порядка 4 миллионов специалистов сферы здравоохранения¹⁶. По оценкам специалистов, для того, чтобы страны Африки, расположенные к югу от Сахары, могли приблизиться к реализации сформулированных в Декларации тысячелетия целей в области развития, связанных с вопросами охраны здоровья, они должны втрое, примерно на 1 миллион человек, увеличить численность своего медико-санитарного персонала¹⁷. Другими словами, если международное сообщество решительно настроено на достижение этих целей, оно должно принять решительные меры в целях развития системы здравоохранения, в интересах формирования медицинских кадров и борьбы с утечкой специалистов.

29. Аспект проблемы утечки специалистов, на котором делается особый упор в настоящем докладе, а именно: миграция медицинских специалистов из развивающихся стран в развитые, — является как сложным, так и неоднозначным. Это явление в разных странах происходит по-разному; к тому же оно может носить разный характер в различных районах одной и той же страны. Специальный докладчик признает, что миграция специалистов сферы здравоохранения из развивающихся стран в развитые может приносить и положительные результаты, причем не только для самих мигрантов, но и для развивающихся стран. Так, например, если мигранты возвращаются, то полученный ими за рубежом профессиональный опыт может способствовать развитию системы здравоохранения в странах их происхождения. В некоторых случаях те средства, которые мигранты переводят из-за рубежа, играют важную роль в экономике стран их происхождения, хотя это вовсе не означает, что эти средства инвестируются в развитие системы здравоохранения этих стран.

30. Для борьбы с негативными последствиями утечки специалистов предлагались многочисленные стратегические решения, некоторые из которых были реализованы на практике. В данной главе не ставится цель подробно проанализировать эти возможные варианты стратегии, хотя некоторые из них все же рассматриваются в общих чертах. Цель этой главы, скорее, более скромная — нарисовать общую картину положения дел в вопросах утечки специалистов с точки зрения права на здоровье и подчеркнуть, что проблема утечки специалистов является одной из серьезных проблем в деле реализации права на здоровье, особенно здоровье тех, кто живет в своих странах происхождения в условиях нищеты¹⁸.

С. Проблема

31. Как правило, специалисты системы здравоохранения мигрируют из более бедных регионов и стран в более богатые. Страны-источники международной миграции в основном находятся в Африке, Карибском бассейне, Юго-Восточной Азии и Южной Азии, и из этих стран трудящиеся направляются в страны назначения, в том числе в Австралию, Соединенные Штаты, Соединенное Королевство, Канаду, Францию и Бельгию¹⁹.

32. Наиболее остро эта проблема ощущается в странах-источниках с низкими показателями числа специалистов системы здравоохранения или же в недоукомплектованных штатами медицинских секторах, в частности в странах Африки, расположенных к югу от Сахары. В Малави из 6620 штатных должностей медицинских сестер заполнено только 1842 должности²⁰. В 34 странах, главным образом в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, на 100 000 человек приходится менее 10 врачей²¹. При этом в странах с высоким уровнем доходов соотношение числа врачей и пациентов значительно выше. В странах ОЭСР на 100 000 человек приходится в среднем 222 врача²². В странах Африки, расположенных в югу от Сахары, число медицинских сестер и врачей в 10 раз меньше, чем в Европе²³.

33. Кроме того, существуют резкие различия между сельскими и городскими районами. Например, в Гане более 85 процентов врачей-терапевтов работают в городских районах, в то время как в сельских районах проживают 66 процентов населения. В Бангладеш в крупных городах проживают 15 процентов насе-

ления, однако на эти города приходится 35 процентов врачей и 30 процентов медицинских сестер²⁴.

34. Однако следует отметить, что специалисты системы здравоохранения из развивающихся стран, в том числе стран, расположенных к югу от Сахары, все чаще мигрируют для того, чтобы начать работать в развитых странах. По подсчетам Медицинской ассоциации Южной Африки, по меньшей мере 5000 южноафриканских врачей выехали за границу, в основном в Соединенные Штаты, Канаду, Соединенное Королевство и Австралию²⁵. Приблизительно 30–50 процентов выпускников медицинских высших учебных заведений ежегодно выезжают из Южной Африки в Соединенные Штаты и Соединенное Королевство. В 1999 году из Ганы уехало больше медицинских сестер, чем было подготовлено. В период между 1998/99 годом и 2001/02 годом в Соединенном Королевстве наблюдалось резкое увеличение числа медицинских сестер, прибывших из Зимбабве (с 52 до 368) и из Малави (с 1 до 75)²⁶. Это сказалось также и на других странах. Так, например, в 90-е годы две трети ямайских медицинских сестер навсегда покинули страну²⁷.

35. Утечка специалистов системы здравоохранения особенно остро ощущается в англоговорящих странах. Во Франции (язык которой также широко используется в процессе получения медицинского образования) лишь 5 процентов практикующих врачей приобрели специальность за границей²⁸. В Канаде, Соединенных Штатах и Австралии образование за границей получили более 20 процентов врачей, а в Соединенном Королевстве и Новой Зеландии этот показатель превышает 30 процентов²⁹.

D. Причины утечки специалистов: «дестимулирующие» и «стимулирующие» факторы

36. Сложные и разнообразные причины, вызывающие миграцию специалистов системы здравоохранения, зачастую подразделяются на «дестимулирующие» и «стимулирующие» факторы. Многие из этих факторов тесным образом связаны с неравенством между странами и в самих странах.

37. В основе «дестимулирующих» факторов часто лежат элементы, связанные с условиями работы, такие, как, недостаточное вознаграждение; неравные структуры заработной платы; продолжительный рабочий день; опасные условия труда; неэффективное управление медицинским персоналом; неэффективные системы здравоохранения, когда специалисты системы здравоохранения часто не имеют достаточного количества медикаментов, оборудования и предметов медицинского назначения, позволяющих им оказывать помощь пациентам. Во многих странах, в частности в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, ВИЧ/СПИД налагает особое бремя на персонал, в результате чего увеличивается число пациентов, сокращаются людские ресурсы в результате смерти или же заболеваний персонала, вызванных инфекцией, и появления дополнительных обязанностей у специалистов системы здравоохранения, которые должны заботиться о членах семей. Нехватка специалистов системы здравоохранения усиливает давление на персонал. Недостаточные возможности в плане профессиональной подготовки и повышения по службе также приводят к миграции сотрудников системы здравоохранения. Такие проблемы возникают в

большинстве систем здравоохранения, имеющих недостаточный объем ресурсов.

38. К числу других дестимулирующих факторов, в основном не связанных с системой здравоохранения, относятся нарушения гражданских и политических прав, отсутствие безопасности, а также неэффективная система образования и низкий уровень жизни.

39. Стимулирующие факторы являются противоположностью многих дестимулирующих: более высокая заработная плата; широкие возможности в плане служебного роста и получения образования; лучшие условия труда и политическая и экономическая стабильность в странах назначения. Некоторые мигрировавшие специалисты системы здравоохранения сообщают, что иммиграционные ограничения затрудняют их передвижение между страной происхождения и назначения. Важным стимулирующим фактором является спрос в развитых странах, где не имеется достаточного числа работников сферы здравоохранения по сравнению с потребностями системы здравоохранения, связанными с плохими показателями удержания на работе, неадекватным числом проходящих подготовку специалистов системы здравоохранения и повышающимся спросом на медицинские услуги. По подсчетам, к 2020 году Соединенные Штаты столкнутся с нехваткой порядка 85 000–200 000 врачей и, возможно, они будут испытывать дефицит 800 000 медицинских сестер³⁰. Согласно подсчетам, к 2008 году Англии потребуется на 25 000 врачей и 250 000 медицинских сестер больше, чем в 1997 году³¹.

40. На потоки миграции влияют также многие другие факторы. Международная интеграция и коммерциализация медицинских услуг создали новые возможности для сотрудников сферы здравоохранения в плане поиска работы за пределами их стран происхождения и в частном секторе³². Совершенствование телекоммуникации обеспечило повышение уровня осведомленности сотрудников системы здравоохранения о возможностях за границей. Кроме того, важное значение имеет деятельность агентств по трудоустройству, которые осуществляют широкомасштабный наём персонала (например, группы в составе 20, 50 или 100 медицинских сестер на единовременной основе) в развивающихся странах и зачастую устраняют препятствия на пути процесса миграции³³. Кроме того, мигрантам широко предоставляются займы, упрощающие миграционный процесс. Генеральное соглашение по торговле услугами (ГАТС) может способствовать расширению и ускорению миграции специалистов системы здравоохранения в будущем³⁴.

Е. Утечка специалистов, права человека и право на здоровье

41. В широком смысле три группы прав человека имеют особое отношение к аспектам утечки специалистов, которой в настоящем докладе уделяется особое внимание, т.е. речь идет о миграции специалистов системы здравоохранения из развивающихся стран в развитые:

- а) право каждого человека на свободное передвижение, а также на свободу выезжать из любой страны, в том числе из своей;
- б) трудовые права: права на работу и на работе;

с) право на наивысший достижимый уровень здоровья, которое включает в себя право на эффективную и комплексную систему здравоохранения высокого качества.

42. В контексте нынешнего обсуждения пункты (а) и (b) прежде всего касаются специалистов системы здравоохранения, а пункт (с) имеет особое отношение к отдельным лицам и общинам в странах происхождения и назначения.

43. Имеется ряд ключевых элементов международного кодекса прав человека, которые являются неотъемлемыми компонентами одной или большего числа этих групп: отказ от дискриминации, участие, международная помощь и сотрудничество и отчетность. Кроме того, некоторые другие права человека имеют отношение к утечке специалистов, такие, например, как права на надлежащий уровень жизни и образование.

44. В силу ряда причин, не в последнюю очередь в связи со сферой охвата мандата Специального докладчика, основной упор в последующей дискуссии делается на право на наивысший достижимый уровень здоровья (пункт (с) выше), при этом дискуссия включает в себя основные общие элементы прав человека, связанные с отказом от дискриминации, участием, международной помощью и сотрудничеством и отчетностью³⁵.

45. Как уже отмечалось, утечка специалистов имеет отношение к праву на наивысший достижимый уровень здоровья как в странах происхождения, так и в странах назначения. Однако Специальный докладчик особо подчеркивает воздействие утечки специалистов на осуществление права на здоровье в развивающихся странах происхождения. По его опыту, существует самая незначительная вероятность того, что в этих странах будут услышаны голоса отдельных лиц и общин. Чаще всего их права человека игнорируются. Таким образом, особое внимание Специальный докладчик уделяет праву на здоровье отдельных лиц и общин в развивающихся странах.

1. Свобода передвижения

46. В соответствии с международными стандартами в области прав человека признается право каждого человека на свободу передвижения, а также свободно выезжать из любой страны, в том числе из своей³⁶. Иначе говоря, специалисты системы здравоохранения имеют право выезжать из своей страны, если они хотят этого. Многие специалисты системы здравоохранения осуществляют это право для того, чтобы жить и работать в условиях, позволяющих им осуществлять другие экономические, социальные, культурные, гражданские и политические права.

2. Трудовые права

47. Плохие условия работы являются основной причиной того, что специалисты системы здравоохранения стремятся мигрировать. Однако, хотя миграция зачастую помогает специалистам системы здравоохранения улучшить условия их работы, а также осуществлять другие права человека, иногда миграция имеет негативные последствия для трудовых прав некоторых мигрантов.

48. Агентства по трудоустройству могут использовать в своих интересах и укреплять нереальные надежды специалистов системы здравоохранения-мигрантов в отношении масштабов и характера их возможностей работы за

границей³⁷. Порой недобросовестные наниматели удерживают или же конфискуют удостоверения личности мигрантов. Имеются свидетельства дискриминации мигрантов из числа сотрудников сферы здравоохранения, выражающейся в лишении их возможностей повышения по службе³⁸. Многие специалисты системы здравоохранения — это женщины, которые сталкиваются с дискриминацией по признаку пола, а также их национального происхождения, расы, этнического происхождения и статуса мигрантов.

49. Права мигрантов на работу и на работе должным образом закреплены в многочисленных международных конвенциях о труде, Международном пакте об экономических и социальных правах и Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей.

3. Право на здоровье

50. 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 вместо этого ограничится для удобства пользователя представлением краткой справочной информации о праве на здоровье.

51. В Уставе Всемирной организации здравоохранения, принятом в 1946 году, признается основное право человека на здоровье. Спустя два года во Всеобщей декларации прав человека был заложен 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. 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 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, например, дело *Министр здравоохранения и другие против кампании «Тримент экин» и других*, находящееся на рассмотрении Конституционного суда Южной Африки³⁹.

52. Как отмечено выше, право на здоровье включает в себя не только право на медицинское обслуживание; оно выходит за рамки простого медицинского обслуживания и охватывает такие вопросы, как доступ к чистой питьевой воде, надлежащим санитарным условиям и информации по медицинским вопросам, в том числе по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Это право предусматривает свободы, в частности право на свободу от принудительной стерилизации, а также на свободу от дискриминации в том, что касается медицинских программ и услуг. Оно включает также смежные права, в частности право на систему охраны здоровья. 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, находится в уязвимом положении и живет в условиях нищеты. Указанное право требует создания эффективной, общедоступной и высококачественной системы здравоохранения.

53. Хотя право на здоровье подлежит прогрессивному осуществлению и его реализация зависит от наличия ресурсов, оно устанавливает ряд обязательств, имеющих безотлагательный характер, в частности обязательство не допускать дискриминации. 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 международными стандартами в области прав человека развитые государства имеют ряд обязательств в отношении осуществления права на здоровье в бедных странах. Поскольку право на здоровье влечет за собой возникновение смежных прав и обязанностей, оно требует создания эффективных механизмов отчетности.

54. Совершенно очевидно, что невозможно реализовать какой-либо жизненно важный элемент права на здоровье, т.е. создать эффективную общедоступную систему здравоохранения высокого качества, не имея при этом минимального количества специалистов системы здравоохранения.

55. Были уже упомянуты некоторые соответствующие факты и показатели, и мы не будем их повторять. В некоторых районах ряда стран даже самые элементарные системы здравоохранения едва функционируют. В реальности там, где эти системы функционируют, они недоступны для миллионов людей, живущих в условиях нищеты. Однако в некоторых из указанных стран значительный объем государственных средств расходуется на подготовку специалистов системы здравоохранения, которые уезжают и работают в странах, уже имеющих наиболее эффективные системы здравоохранения в мире. Иными словами, в некоторых странах утечка специалистов ведет к трансформации кризиса системы здравоохранения в катастрофу.

56. В своих предыдущих докладах Специальный докладчик разрабатывал общий подход к элементам права на здоровье для того, чтобы облегчить их понимание. Он применял этот общий подход в отношении прав на сексуальное и репродуктивное здоровье (см. E/CN.4/2004/49) и умственной неполноценности (см. E/CN.4/2004/51). Например, один из элементов общего подхода заключается в том, чтобы подходить к праву на здоровье как к комплексу медицинских услуг, товаров и учреждений, которые должны иметься в наличии, быть доступными, приемлемыми и высококачественными в какой-либо стране. Применение этого аспекта общего подхода в отношении утечки специалистов подчеркивает то, что государство должно обеспечить наличие адекватного числа специалистов в сфере здравоохранения в стране, их доступность для всех, в том числе для лиц, живущих в условиях нищеты в сельских районах, и оказание медицинских услуг высокого качества на приемлемой с культурной точки зрения основе.

а) Участие

57. Одним из неотъемлемых элементов права на здоровье является участие населения. Оно предполагает активное и осознанное участие отдельных лиц и общин в процессе принятия решений, которые затрагивают их, в том числе решений, касающихся здоровья, таких, например, как решения, оказывающие воздействие на утечку специалистов. Иными словами, в контексте права на здоровье процессам, посредством которых реализуются цели в области охраны здоровья, придается такое же значение, как и самим целям.

58. Что касается разработки политики, оказывающей воздействие на утечку специалистов, то необходимо прилагать усилия для обеспечения участия всех соответствующих заинтересованных сторон, в том числе специалистов системы здравоохранения (например, тех, кто мигрировал, может мигрировать, и тех, кто остается в стране), а также пользователей системы здравоохранения в странах происхождения. Такое участие может зависеть от организаций, представляющих участников, таких, как ассоциации специалистов системы здравоохранения и группы пациентов.

б) Международная помощь и сотрудничество

59. Помимо обязательств на национальном уровне государства несут ответственность, вытекающую, в частности, из положений пункта 1 статьи 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и статьи 4 Конвенции о правах ребенка, в том смысле, что они обязаны принимать меры, касающиеся международной помощи и сотрудничества в осуществлении экономических, социальных и культурных прав, включая право на здоровье. Эта ответственность, которая прежде всего лежит на развитых государствах, возникает также в контексте обязательств, взятых на последних всемирных конференциях, в том числе на Саммите тысячелетия, а также в связи с целью 8 целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (см. A/59/422).

60. Как и другие права человека и обязанности, параметры международной помощи и сотрудничества еще не установлены четко. Однако, как показано ниже, международная помощь и сотрудничество — это не просто вопрос о выделении развитыми странами финансовых средств развивающимся странам. В контексте права на здоровье и утечки специалистов ответственность за оказание международной помощи и налаживание сотрудничества с учетом прав человека включает в себя также ряд аспектов, в том числе следующие.

61. Во-первых, развитые страны должны уважать право на здоровье в развивающихся странах. Так, например, развитые страны должны обеспечить, чтобы их политика в области людских ресурсов не создавала угрозы для права на здоровье в развивающихся странах. Если какая-либо развитая страна активно нанимает на работу специалистов системы здравоохранения какой-либо развивающейся страны, испытывающей нехватку специалистов системы здравоохранения, таким образом, что наем на работу ослабляет потенциал развивающейся страны в плане осуществления права на выполнение обязательств, связанных с охраной здоровья, которые она взяла перед своими гражданами, то развитая страна является *prima facie* нарушителем обязательства по оказанию международной помощи и налаживанию сотрудничества в контексте права на

здоровье. Некоторые страны разработали политику, отражающую этот принцип⁴⁰.

62. Во-вторых, государства должны принимать все обоснованные меры для недопущения того, чтобы третьи стороны ставили под угрозу осуществление права на здоровье в других странах, поскольку они могут оказать воздействие на такие третьи стороны путем использования правовых или политических средств⁴¹. Например, государства должны регулировать деятельность агентств по трудоустройству, функционирующих в международных масштабах, для обеспечения того, чтобы прием на работу не ослаблял потенциал какой-либо развивающейся страны в плане осуществления права на выполнение медицинских обязательств, которые она несет перед теми, кто подпадает под ее юрисдикцию.

63. В-третьих, государства должны обеспечить, чтобы должное внимание уделялось праву на здоровье при разработке и осуществлении международных соглашений, например, при обсуждении их запланированных обязательств в соответствии с четвертым способом поставки услуг, предусмотренным в ГАТС (который касается, в частности, специалистов системы здравоохранения, временно въезжающих в другую страну для оказания какой-либо медицинской услуги). В одном из предыдущих докладов Специальный докладчик отмечал, что, если результатом расширения торговли услугами станут не отвечающие стандартам учреждения, товары и услуги, это *prima facie* будет несовместимо с правом на здоровье (E/CN.4/2004/49/Add.1, пункт 49). Если какое-либо государство предпочтет участвовать в либерализации торговли, в том числе в отношении услуг, то оно должно выбрать форму, темпы осуществления и последовательность либерализации, в максимальной степени способствующей прогрессивной реализации права на здоровье для всех, в том числе лиц, живущих в условиях нищеты, и других находящихся в неблагоприятном положении групп (там же, пункты 80 и 46–56). Форма, темпы осуществления и последовательность реализации должны отбираться с учетом права на проведение оценок воздействия на здоровье. Таким образом, можно внести изменения в проект обязательства, касающегося 4-го способа поставки услуг, если это необходимо, для обеспечения того, чтобы это не оказало негативного воздействия на право на здоровье для всех. Учитывая свою ответственность по оказанию международной помощи и налаживанию сотрудничества, развитые государства не должны оказывать чрезмерного давления на развивающиеся страны в плане выполнения обязательств, касающихся 4-го способа поставки услуг, что идет вразрез с обязательствами развивающихся стран, вытекающими из права на здоровье.

64. В-четвертых, в зависимости от наличия ресурсов государства должны оказывать помощь развивающимся странам, с тем чтобы содействовать обеспечению доступа к основным медицинским учреждениям, товарам и услугам, прежде всего для лиц, живущих в условиях нищеты и других групп населения, находящихся в неблагоприятном положении. Политика в области оказания помощи должна включать в себя поддержку людских ресурсов в секторе здравоохранении.

65. Однако главный вопрос заключается в том, что развитые страны проявляют лицемерный подход, оказывая другим государствам помощь в области развития, ослабляя бремя их задолженности и предоставляя другие формы ме-

ждународной помощи и сотрудничества развивающимся странам, а с другой стороны, нанимают их специалистов системы здравоохранения, которые были подготовлены за счет развивающейся страны происхождения и крайне необходимы для этой страны. В чем же суть такого подхода, предусматривающего перекладывание из одного кармана в другой?

с) Отчетность

66. Международные нормы в области прав человека расширяют возможности отдельных лиц и общин, предоставляя им права и возлагая юридические обязанности на других. При этом крайне важно отметить, что права и обязанности требуют отчетности: если не обеспечить их поддержку системой отчетности, они могут стать ни больше ни меньше, чем пустым лозунгом. Поэтому правозащитный подход — или закрепление права на здоровье — особо подчеркивает обязанности и предусматривает отчетность всех тех, на которых возложены такие обязанности.

67. Термин «отчетность» слишком часто используется в значении вины и наказания⁴². 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 сфере здравоохранения работают, а какие не работают и почему, с целью более эффективного обеспечения права на здоровье. Подобный механизм отчетности должен быть эффективным, транспарентным и доступным⁴³.

68. В контексте утечки специалистов необходимо создать национальные и международные механизмы отчетности в связи с выполнением различных обязательств в области прав человека различными заинтересованными сторонами. Например, национальный механизм должен контролировать осуществление прав человека специалистов системы здравоохранения в их странах происхождения. В странах назначения национальные механизмы должны контролировать осуществление прав человека специалистов системы здравоохранения, в том числе мигрантов. Кроме того, международные механизмы отчетности, такие, как договорные органы, должны рассматривать вопросы, касающиеся прав человека специалистов системы здравоохранения в странах происхождения и странах назначения.

69. Однако эти национальные международные механизмы отчетности не должны охватывать только права человека специалистов системы здравоохранения, а должны учитывать также воздействие утечки специалистов на соответствующие системы здравоохранения. Иными словами, механизмы должны учитывать воздействие утечки специалистов на осуществление права на здоровье отдельных лиц и общин как в странах происхождения, так и в странах назначения. Необходимо разработать показатели и критерии для контроля за осуществлением аспектов права на здоровье в связи с утечкой специалистов, включая ответственность стран происхождения и стран назначения (информацию о подходе Специального докладчика к этому вопросу см. A/58/427 и A/59/422).

70. Необходимо особо подчеркнуть следующий момент. Среди развивающихся стран уже давно бытует представление о том, что механизмы отчетности несбалансированны и применяются главным образом в отношении их самих, в то время как развитые страны уклоняются от отчетности, не выполняя своих ме-

ждународных обещаний и обязательств, имеющих особо важное значение для развивающихся стран⁴⁴.

71. Не вызывает сомнений, что национальный и международный механизмы отчетности в отношении ответственности развитых стран по оказанию международной помощи и налаживанию сотрудничества по-прежнему являются слабыми. Например, имеется немного (если имеется вообще) национальных и международных механизмов, уделяющих соответствующее внимание воздействию стратегии какой-либо развитой страны на утечку специалистов и последствиям этого явления для осуществления права на здоровье в странах происхождения. Такое положение дел неприемлемо, поскольку правозащитная деятельность требует эффективных, транспарентных и доступных механизмов отчетности в отношении ответственности в области прав человека всех заинтересованных сторон.

72. В конце настоящей главы Специальный докладчик выступает со скромным предложением о создании национального управления по контролю за международным сотрудничеством в области здравоохранения, с тем чтобы ликвидировать пробелы в деле поощрения и защиты права на здоровье.

Е. Некоторые руководящие принципы

73. Недавно неправительственная организация «Врачи за права человека» опубликовала «Белую книгу» об утечке специалистов, озаглавленную “An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa” («План действий по предупреждению «утечки мозгов»: создание справедливых систем здравоохранения в Африке»)⁴⁵. Основная часть этой книги — это подробный план действий для решения проблемы, связанной с утечкой специалистов в Африке. В основе плана действий лежит комплекс принципов, «отражающих стандарты в области прав человека и проблемы практического характера»⁴⁶. Хотя эти руководящие принципы и комментарий к ним велики по объему, авторы дают резюме принципов. Это резюме приводится в следующем пункте.

74. Руководящие принципы являются интересным вкладом в обсуждение вопроса об утечке специалистов. По мнению Специального докладчика, хотя эти принципы не являются безусловными или всеобъемлющими (например, они были бы усилены за счет включения принципов, касающихся контроля и отчетности, а также важной роли работников сферы здравоохранения на общинном уровне), они заслуживают особого внимания⁴⁷. Принципы, установленные организацией «Врачи за права человека», таковы:

- главный ответной мерой в связи с утечкой специалистов должно быть повышение эффективности вторичных систем здравоохранения, в которых находят отражение широко распространенные нарушения права на здоровье и других прав;
- ответные меры должны включать в себя существенное повышение объема финансирования сектора здравоохранения со стороны внутренних и международных источников, включая ослабление бремени задолженности;
- ответные меры в связи с утечкой специалистов должны предусматривать более широкомасштабную деятельность по решению проблемы, связан-

ной с несправедливым распределением специалистов системы здравоохранения в странах, включая острую нехватку этих специалистов в сельских районах;

- страны с низким уровнем дохода, являющиеся источником миграции медицинских специалистов в богатые страны, должны получать компенсацию от этих стран;
- варианты решения проблемы, связанной с утечкой специалистов, должны быть определены на местном уровне с участием представителей неимущих слоев населения и сельских общин, работников сферы здравоохранения и гражданского общества;
- структура оказания иностранной помощи должна быть сформирована таким образом, чтобы поощрять и облегчать разработку устойчивой политики в отношении людских ресурсов в области здравоохранения;
- учитывая трудности и потребности, вызванные глобальным кризисом системы здравоохранения, необходимо уважать права специалистов системы здравоохранения и их стремление к лучшей жизни;
- страны должны придерживаться этических принципов найма на работу, включая отказ от найма на работу специалистов из развивающихся стран в отсутствие какой-либо договоренности с ними;
- страны с высоким уровнем дохода должны решать свои проблемы, связанные с неадекватной подготовкой и удержанием на работе специалистов системы здравоохранения;
- меры, направленные на поощрение макроэкономической политики, должны отвечать принципам прав человека;
- помимо все большего удержания на работе квалифицированных сотрудников сферы здравоохранения необходимо принимать на работу и готовить большее число специалистов системы здравоохранения;
- создание потенциала для управления людскими ресурсами в секторе здравоохранения должно быть приоритетной задачей;
- специалисты системы здравоохранения из развивающихся стран, живущие за границей, могут внести важный вклад в дело охраны здоровья в развивающихся странах.

Г. Заключение

75. Как уже отмечалось, имеется множество мер политического характера для решения проблем, вызванных негативными последствиями утечки специалистов, включая укрепление систем здравоохранения в странах происхождения и укрепление собственной внутренней базы подготовки людских ресурсов в странах назначения. К сожалению, отсутствие места не позволяет Специальному докладчику подробно рассмотреть их в этой главе.

76. *Включение вопросов, касающихся прав человека, во все направления политики, связанные с утечкой специалистов.* Как неоднократно отмечал Специальный докладчик с момента представления своего первого доклада Комиссии

по правам человека, право на здоровье и другие права человека должны быть включены во все соответствующие национальные и международные процедуры разработки политики. Политика, разработанная с учетом прав человека, будет более эффективной, разумной, справедливой, комплексной и действенной для всех лиц, живущих в условиях нищеты. В этой связи вопросы прав человека необходимо включать во все направления политики в секторе здравоохранения, в том числе в политику, оказывающую влияние на утечку специалистов. Уделение внимания праву на здоровье отдельных лиц и общин в развивающихся странах, а также правам человека специалистов в системе здравоохранения будет способствовать решению проблем, связанных с негативными аспектами утечки специалистов.

77. *Укрепление систем здравоохранения в странах происхождения.* Учитывая право на здоровье, одной из важнейших политических мер в связи с утечкой специалистов является укрепление систем здравоохранения в развивающихся странах происхождения⁴⁸. Более приоритетное внимание следует уделять вопросу о людских ресурсах в секторах здравоохранения стран происхождения, включая улучшение нормативных положений, условий, профессионального роста, планирования и управления и повышение стимулов для работы в сельских районах. Поскольку требуется большее число специалистов системы здравоохранения, необходимо выделять больший объем ресурсов для подготовки кадров. Следует укрепить комплексные районные системы здравоохранения и усовершенствовать их инфраструктуру, а также повысить роль работников сферы здравоохранения на общинном уровне. Серьезное внимание необходимо обратить на управление, включая участие общественности, а также на эффективность сектора здравоохранения. Для того чтобы укрепить системы здравоохранения развивающихся стран, важную роль должны играть доноры и партнеры по процессу развития, как это предусмотрено в многочисленных международных обязательствах, включая ответственность за оказание международной помощи и налаживание сотрудничества с учетом прав человека.

78. *Набор персонала странами назначения с учетом этических соображений*⁴⁹. С 1999 года Министерство здравоохранения Соединенного Королевства постепенно укрепляет Кодекс практики международного набора специалистов системы здравоохранения⁵⁰. Несколько международных и профессиональных организаций оказывают содействие в разработке этических кодексов практики⁵¹. Как известно Специальному докладчику, по состоянию на сегодняшний день, Соединенное Королевство опередило другие развитые страны в усилиях, направленных на осуществление этического кодекса. К чести правительства Соединенного Королевства следует отметить, что в Кодексе признаются негативные последствия активного найма правительством специалистов, подготовленных и работающих в развивающихся странах происхождения и предпринимаются попытки решить эту проблему.

79. В соответствии с Кодексом Государственная служба здравоохранения Соединенного Королевства не может активным образом набирать персонал в развивающихся странах, если отсутствует межправительственное соглашение, позволяющее производить целевой набор персонала в этой стране. В Кодексе подтверждаются трудовые права, такие, как, например, право на недискриминацию работников сферы здравоохранения из других стран. Соблюдение Кодекса работодателями Государственной службы здравоохранения не является обязательным, однако им настоятельно рекомендуется делать это.

80. Хотя указанная инициатива заслуживает высокой оценки, с правозащитной точки зрения Кодекс несовершенно. Так, например, в нем отсутствует независимый механизм контроля, а также не охватывается частный сектор. Некоторые комментаторы утверждают, что Кодекс предусматривает косвенную дискриминацию на основе расы, так как в основном он касается специалистов сферы здравоохранения из стран Африки и Карибского бассейна⁵². Принципиально важным представляется то, что имеется немного данных, подтверждающих, что Кодекс оказывает устойчивое воздействие на темы найма специалистов систем здравоохранения из стран, испытывающих нехватку персонала⁵³.

81. По мнению Специального докладчика, хотя этическая политика набора персонала с учетом прав человека и кодексы играют важную роль в связи с утечкой специалистов, они не предусматривают принятия адекватных ответных мер и должны дополняться другими мерами, в том числе мерами, направленными на укрепление систем здравоохранения в развивающихся странах происхождения.

82. *Компенсация.* Миграция специалистов системы здравоохранения из развивающихся стран, в которых наблюдается нехватка персонала, в развитые страны имеет существенные экономические и социальные издержки для стран происхождения, при этом существенно сокращаются расходы на профессиональную подготовку служб здравоохранения развитых стран. С экономической точки зрения этот процесс называется «субсидированием». Субсидирование — это неправильный подход, так как потоки поступают из бедных стран в богатые, что усугубляет существующее глобальное неравенство в оказании медицинских услуг и обеспечении защиты. Этот процесс называется, в частности, «неправильным» и «несправедливым» субсидированием и «реверсивной иностранной помощью»⁵⁴.

83. Такой поток ресурсов из бедных стран в богатые не только не оправдан с этической точки зрения, но и противоречит ответственности развитых стран за оказание международной помощи и налаживание сотрудничества с учетом прав человека, а также другим международным обязательствам, включая обязательства, предусмотренные в Декларации тысячелетия и Цели 8 (глобальное партнерство в целях развития) (см. пункты 59–65). Необходимо изменить такое «неправильное субсидирование» путем выплаты компенсаций, возмещения убытков или репарации тем развивающимся странам происхождения, в которых утечка специалистов сокращает их возможности осуществления права на выполнение обязательств в области здравоохранения, которые они должны выполнить перед своими гражданами.

84. Требование относительно компенсации вызывает ряд возражений и проблем, заслуживающих тщательного рассмотрения. Однако при условии проявления подлинной политической приверженности они вряд ли окажутся непреодолимыми. Можно платить компенсацию в фонд возмещения убытков, который должным образом управляется и используется для конкретных целей в области здравоохранения, согласованных всеми сторонами, таких, как поддержка сотрудников сферы здравоохранения, остающихся в стране, о которой идет речь, или возвращающихся в нее.

85. Специальный докладчик настоятельно рекомендует, чтобы в тех случаях, когда утечка специалистов перерастает в процесс «неправильного субсидиро-

вания», серьезное и позитивное понимание уделялось политическим ответным мерам.

86. *Национальное управление по контролю за международным сотрудничеством в области здравоохранения.* Каждая развитая страна должна создать независимое национальное управление по контролю за воздействием политики правительства на осуществление права на здоровье в развивающихся странах. По аналогии с управлением омбудсмана это управление должно ежегодно представлять доклад в национальный законодательный орган. Оно должно иметь полномочия на проведение расследований, наведение справок и осуществление контроля за выполнением международных обязательств и обещаний правительства, касающихся вопросов здравоохранения. Ответственность за эти международные обязательства в области здравоохранения зачастую распределяется среди различных министерств (здравоохранения, финансов, иностранных дел, торговли, международного развития и т.д.), что усложняет как координацию, так и отчетность⁵⁵.

87. Одной из проблем в области здравоохранения, которую должно держать в поле зрения это управление, является утечка специалистов. Во многих странах наблюдается нехватка надежных данных об утечке специалистов, поэтому одна из задач отделения должна заключаться в обеспечении сбора правительством необходимых данных. Каковы же масштабы утечки специалистов в той или иной конкретной стране? Какая национальная политика воздействует на утечку специалистов? Каковы последствия утечки специалистов, особенно в странах происхождения? Как можно было бы изменить национальную политику, с тем чтобы обеспечить ее соответствие с ответственностью правительства за осуществление прав человека, включая международную помощь и сотрудничество в области здравоохранения? Отделение, построенное по аналогии с отделением омбудсмана, которое задает подобного рода вопросы, дополнит и укрепит существующие механизмы отчетности, такие, например, как парламентские подкомитеты.

88. Управление могло бы также контролировать осуществление национальных кодексов поведения, связанных с набором персонала с учетом этических соображений, как, например, Кодекс, принятый Государственной службой здравоохранения Соединенного Королевства, а также осуществление странами сопоставимых международных кодексов, таких, как Кодекс практики международного набора сотрудников системы здравоохранения, принятый Секретариатом Содружества в 2003 году.

89. *Многоаспектные ответные меры.* Учитывая сложный характер международной миграции специалистов в системе здравоохранения, необходимо принять многоаспектные ответные меры, информация о некоторых элементах которых приводится в настоящей главе. Однако утечку специалистов следует понимать в контексте вызывающего беспокойство неравенства в уровне медицинского обслуживания и защиты в современном мире.

V. Выводы

90. Одной из тем, красной нитью проходящих через настоящий доклад, является крайне важная роль специалистов системы здравоохранения в поощрении и защите прав человека, в том числе права на здоровье. Просветительская работа по вопросам прав человека помогает специалистам системы здравоохранения обеспечить защиту прав своих пациентов, а также своих собственных прав человека. Утечка специалистов, когда развитые страны принимают на работу специалистов системы здравоохранения, подготовленных за счет развивающихся стран, крайне нуждающихся в них, подрывает осуществление права на здоровье в странах происхождения и расширяет глобальное неравенство в области здравоохранения. Для выполнения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и создания эффективных и комплексных высококачественных систем здравоохранения крайне необходимо уделять самое пристальное внимание положению специалистов системы здравоохранения, в том числе утечке специалистов.

Примечания

¹ Например, см. статьи 12(2)(b) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и статью 24(2)(c) Конвенции о правах ребенка.

² См., например, доклады Специального докладчика о его поездках в Перу (E/CN.4/2005/51/Add.3) и в Румынию (E/CN.4/2005/51/Add.4).

³ См. Commonwealth Medical Trust (Commat), *A Training Manual of Ethical and Human Rights Standards for Health Care Professionals*, 1999.

⁴ Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical Schools Worldwide, adopted by the 51st Annual General Assembly of the World Medical Association (October 1999).

⁵ См. <http://www.icn.ch/pshumrights.htm>.

⁶ КЛДОЖ, общая рекомендация 24 (1999) о женщинах и здоровье, пункт 31(f).

⁷ См., например, Commat, op. cit. at note 3; Johannes Wier Foundation, *Health and Human Rights: A Course for Doctors, Nurses, and Paramedics* (in Training), 1996; J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, Commat/AAAS, 2004; Norwegian Medical Association, *Doctors working in Prisons: Human Rights and Ethical Dilemmas, A Course for Prison Doctors* (<http://lupin-nma.net>); Physicians for Human Rights-UK, *Medicine and Human Rights Study Module* (<http://phruk.shared-inter.net/module/index.php>). Следует отметить также посвященный праву на здоровье курс Международной академии по правам человека, который был организован Международной федерацией здоровья и правозащитных организаций и другими участниками в 2004 и 2005 годах, и интенсивный курс по вопросам охраны здоровья и прав человека, ежегодно организуемый Центром Франсуа-Ксавье Багнуда по вопросам здравоохранения и прав человека Гарвардского университета, и другие.

⁸ См. British Medical Association (BMA), *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, BMA/Zed Books, 2001, p. 490.

⁹ В настоящем докладе Специальный докладчик использовал, в частности, результаты исследований, посвященных проблеме утечки специалистов в отдельных странах и регионах, в том числе в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, в Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах. При этом он подчеркивает, что проблема утечки

специалистов является глобальной проблемой и ее масштабы не ограничиваются лишь этими регионами и странами происхождения и назначения.

- ¹⁰ K. Mensah, M. Mackintosh and L. Henry, The “Skills Drain” of Health Professionals from the Developing World: A Framework for Policy Formulation, Medact, 2005, p. 5.
- ¹¹ Резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения 57.19 и 58.17, Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах.
- ¹² Например, см. O. Adams and B. Stilwell, Health Professionals and Migration. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 8, August 2004, p. 560; L. Chen et al. Human Resources for Health: Overcoming the Crisis, *The Lancet*, vol. 364, 27 November 2004, pp. 1984–1990; EQUINET, Health Systems Trust and Medact, Health Personnel in Southern Africa: Confronting Maldistribution and Brain Drain, 2003; Joint Learning Initiative (JLI), Human Resources for Health: Overcoming the Crisis, 2004, Mensah, Mackintosh and Henry, op. cit. at note 10; Physicians for Human Rights (PHR), An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa, 2004; A. Willets and T. Martineau, Ethical International Recruitment of Health Professionals: Will Codes of Conduct Protect Developing Country Health Systems? 2004; J. Bueno de Mesquita and M. Gordon, The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis, Medact, 2005; WHO, International Migration, Health and Human Rights, 2003.
- ¹³ При поддержке организации «Врачи за права человека». См. также “Medical staff quit for the West, leaving Africa’s health service in crisis”, *The Independent*, 27 May 2005.
- ¹⁴ Саммит Группы 8 «Заявление по Африке (Африка: историческая возможность)», Глениглз, Шотландия, 8 июля 2005 года.
- ¹⁵ «Врачи за права человека», op. cit. at note 12, p. vii. Аналогичный анализ утвержден Целевой группой по вопросам охраны здоровья матери и ребенка в рамках Проекта тысячелетия в документе *Who’s Got the Power?*, pp. 120–123.
- ¹⁶ Chen et al., op. cit. at note 12, p. 1985.
- ¹⁷ Там же.
- ¹⁸ Более подробно, чем в настоящем документе, с информацией о связанных с реализацией прав человека аспектах проблемы утечки специалистов можно ознакомиться, в частности, в документе Bueno de Mesquita and Gordon, PHR and WHO, op. cit. at note 12.
- ¹⁹ JLI, op. cit. at note 12.
- ²⁰ J.-M. Aitken and J. Kemp, HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa, EQUINET and Oxfam, 2003, p. 20.
- ²¹ WHO Global Health Atlas, <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>. Data from 2004.
- ²² PHR, op. cit. at note 12.
- ²³ Chen et al., op. cit. at note 12.
- ²⁴ JLI, op. cit. at note 12.
- ²⁵ South Africa: Government wakes up to flight of health workers, IRIN, 14 May 2002.
- ²⁶ PHR, op. cit. at note 12.
- ²⁷ Bueno de Mesquita and Gordon, op. cit. at note 12.
- ²⁸ J. Eastwood et al., “Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK”, *The Lancet*, vol. 365, Issue 9474, 28 May 2005.
- ²⁹ JLI, op. cit. at note 12.

- ³⁰ См. “Medical miscalculation creates doctor shortage”, *USA Today*, 3 February 2005; United States Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, National Center for Health Workforce Analysis, *Projected Supply, Demand, and Shortage of Registered Nurses: 2000–2020*, 2002.
- ³¹ Addressing Africa’s Health Workforce Crisis: An Avenue for Action, background paper presented at the second High-Level Forum on the Health MDGs, Abuja, 2–3 December 2004.
- ³² Mensah, Mackintosh and Henry, op. cit. at note 10.
- ³³ PHR, op. cit. at note 12.
- ³⁴ Следует отметить, что предусмотренный в ГАТС четвертый способ поставки услуг предназначен для облегчения временной миграции. Eastwood et al., op. cit. at note 28.
- ³⁵ Все указанные основные общие элементы рассматриваются ниже в отдельности, за исключением дискриминации, которая рассматривается совместно с другими элементами по всему тексту.
- ³⁶ Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 12.
- ³⁷ “Abused, threatened and trapped: Britain’s foreign ‘slave nurses’”, *The Guardian*, 29 May 2001; Foreign Doctors, BBC News Online, United Kingdom edition, 8 September 2004.
- ³⁸ K. Decker, Overseas Doctors: Past and Present, in *Racism in Medicine: An agenda for Change*, N. Coker (ed.), King’s Fund, 2001; D. Singh, “Racism rife in the medical profession, BMA report says”, *British Medical Journal*, vol. 326, 28 June 2003, p. 1418.
- ³⁹ Constitutional Court of South Africa, Case CCT 8/02, decided 5 July 2002.
- ⁴⁰ См., например, министерство здравоохранения Соединенного Королевства, Кодекс практики международного найма специалистов системы здравоохранения, 2004 год; Кодекс обсуждается в пп. 78-80 ниже.
- ⁴¹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, para. 39.
- ⁴² See L. P. Freedman, “Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary”, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 82, 2003, pp. 111–114.
- ⁴³ Механизм отчетности должен разъяснить ответственность всех участников, а также выполнение ими поставленных задач. Если они не выполнили эти задачи, то механизм должен изучить причины этого для обеспечения того, чтобы они были надлежащим образом выполнены в следующий раз. Дополнительную информацию об отчетности см. A/59/422, пункт 38.
- ⁴⁴ United Nations Development Programme, Bureau for Development Policy, *Is MDG 8 on track as a global deal for human development?* by J. Vandenmoortele, K. Malhotra and J. A. Lim, 2003.
- ⁴⁵ PHR, op. cit. at note 12.
- ⁴⁶ Ibid., p. 29.
- ⁴⁷ Специальный докладчик отказался внести изменения в руководящие принципы, если не считать замены выражения «утечка мозгов» на слова «утечка специалистов», а также распространить сферу действия последних руководящих принципов не только на Африку, но и на все развивающиеся страны.
- ⁴⁸ *Who’s Got the Power?*; PHR and Bueno de Mesquita and Gordon, op. cit. at note 12.
- ⁴⁹ Willets and Martineau, op. cit. at note 12; Mensah, Mackintosh and Henry, op. cit. at note 10; Bueno de Mesquita and Gordon, op. cit. at note 12.
- ⁵⁰ Department of Health, op. cit. at note 42.

- ⁵¹ E. g. Commonwealth Secretariat, Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Professionals, 2002; World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals, 2002.
- ⁵² Mensah, Mackintosh and Henry, op. cit. at note 10, p. 27.
- ⁵³ Ibid., p. 26; PHR, op. cit. at note 12, p. 57.
- ⁵⁴ Mensah, Mackintosh and Henry, ibid., pp. 30–40, Save the Children UK and Medact, *Whose Charity? Africa's Aid to the NHS*, Briefing Paper, 2005; PHR, ibid., p. 31. For discussions of the perverse subsidy see Mensah, Mackintosh and Henry; and also Bueno de Mesquita and Gordon, op. cit. at note 12, from both of which the Special Rapporteur has drawn extensively.
- ⁵⁵ G. Lister, A. Ingram, M. Prowle, “Country Case Study: UK Financing of International Cooperation for Health”, United Nations Development Programme, Office of Development Studies, 30 September 2004.
-