



## Генеральная Ассамблея

Distr.: General  
10 August 2009  
Russian  
Original: English

---

### Шестьдесят четвертая сессия

Пункт 71(b) предварительной повестки дня\*

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

### **Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья**

#### **Записка Генерального секретаря**

Генеральный секретарь имеет честь препроводить членам Генеральной Ассамблеи доклад, представленный Специальным докладчиком по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Анандом Гровером в соответствии с резолюцией 6/29 Совета по правам человека.

---

\* A/64/150.



## **Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья**

### *Резюме*

Соблюдение принципа осознанного согласия имеет исключительно важное значение для реализации права на здоровье на основе практических мер, стратегий и результатов исследований, обеспечивающих уважение личной автономии, самоопределения и человеческого достоинства индивидуума. Благоприятная среда, в которой осознанному согласию придается первостепенное значение, предполагает объединение консультирования, обследования и лечения в непрерывную цепочку эффективных и предоставляемых на добровольной основе медицинских услуг. Обеспечение соблюдения принципа осознанного согласия во всех звеньях этой цепочки входит в число обязанностей государств и третьих сторон, участвующих в усилиях, направленных на обеспечение уважения, поощрения и реализации права на здоровье. Для этого государства должны обеспечивать, чтобы информация всегда имела в наличии, была приемлемой, доступной и очень качественной и передавалась и понималась с помощью мер поддержки и защиты, таких как консультации и работа общественных сетей.

В разделе II настоящего доклада Специальный докладчик рассматривает эволюцию концепции осознанного согласия и прослеживает его основные элементы. В разделе III он рассматривает роль осознанного согласия в реализации права на здоровье и конкретные требования, функции и обязанности, которые должны выполнять государства и медицинские работники, чтобы гарантировать осознанное согласие в клинической практике, общественном здравоохранении и медицинских исследованиях. В разделе IV говорится о необходимости учета в законодательстве, политике и практике факторов уязвимости отдельных групп лиц, чьи права ущемляются по причине глубоко укоренившихся властного дисбаланса и структурного неравенства, что возлагает особые обязанности на государства, медицинских работников и третьи стороны, участвующие в усилиях по предупреждению дискриминации в реализации права на здоровье. В заключительной части настоящего доклада Специальный докладчик подчеркивает важность особого учета принципа осознанного согласия как одного из звеньев непрерывной цепочки добровольного консультирования, обследования и лечения при подготовке руководящих указаний в отношении клинической практики, медицинской информации и протоколов медицинских исследований с уделением особого внимания потребностям уязвимых групп населения.

---

## Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение .....	4
II. История вопроса .....	5
III. Право на здоровье и осознанное согласие .....	7
IV. Уязвимые группы населения и осознанное согласие .....	15
V. Выводы и рекомендации .....	29

## I. Введение

1. В своей резолюции 6/29 от 14 декабря 2007 года Совет по правам человека постановил продлить еще на три года срок действия мандата Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (праве на здоровье). На своей седьмой сессии, проведенной в июне 2008 года, Совет назначил на должность Специального докладчика Ананда Гровера, который приступил к исполнению своих обязанностей 1 августа 2008 года, сменив на этом посту Пола Ханта.

2. В соответствии со своим мандатом Специальный докладчик будет продолжать развивать сотрудничество с соответствующими национальными и международными субъектами, включая правительства, национальные учреждения, занимающиеся вопросами прав человека, договорные органы Организации Объединенных Наций, международные институты, учреждения, программы и независимых экспертов, а также с медицинскими работниками, представителями научных кругов, организаций гражданского общества, общинных организаций, объединяющих различные группы населения, и другими заинтересованными сторонами. Специальный докладчик рассчитывает наладить тесное сотрудничество с соответствующими государственными органами, с тем чтобы оказывать им помощь в разработке политики и программ для содействия реализации права на здоровье.

3. С марта 2009 года Специальный докладчик провел плодотворные обсуждения с представителями целого ряда государств, с Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, организациями гражданского общества и другими мандатариями специальных процедур.

4. Специальный докладчик принял участие в целом ряде консультаций и конференций, посвященных праву на здоровье, в том числе выступал с докладами в Центре мониторинга законодательства в области здравоохранения им. Эразма Роттердамского в Роттердаме, Нидерланды; на юридическом факультете Индийского университета в Бангалоре, Индия; на совещаниях по вопросам материнской смертности в Женеве и Дели; на азиатско-тихоокеанских региональных консультациях по вопросам охраны здоровья матери на Бали; на Международном конгрессе по проблеме СПИДа в Азиатско-Тихоокеанском регионе на Бали; на Глобальном саммите по вопросам психического здоровья в Афинах; а также на Глобальной конференции по решению задач в области питания в Дели. Специальный докладчик также организовал в Катманду консультации по вопросам реализации права на здоровье с участием организаций гражданского общества стран — членов Ассоциации регионального сотрудничества стран Южной Азии.

5. В настоящем докладе Специальный докладчик изучает вопрос об исключительно важной роли осознанного согласия в обеспечении уважения, защиты и реализации права на здоровье, уделяя особое внимание таким областям, как клиническая практика, охрана здоровья населения и медицинские исследования.

6. В настоящем докладе рассматривается необходимость отражения в законодательстве стран и международно-правовых документах факторов уязвимости отдельных групп лиц, чьи права ущемляются по причине пустивших глубокие корни властного дисбаланса и структурного неравенства, в связи с чем на государства и медицинских работников ложится особая ответственность за защиту достоинства и личной автономии каждого человека.

7. В своих рекомендациях Специальный докладчик настоятельно призывает: а) государства — выполнять свои обязанности по обеспечению соблюдения принципа осознанного согласия на основе создания соответствующих законодательных, политических и административных механизмов; б) медицинских работников — принимать во внимание, что в силу своей обязанности действовать в наилучших интересах пациента они играют ключевую роль в получении осознанного согласия; с) национальные и международные органы — особо учитывать важность осознанного согласия как одной из основных составляющих права на здоровье в соответствующих стратегиях и практической деятельности.

## II. История вопроса

8. Для того чтобы концепция согласия приобрела современное звучание, потребовалось несколько столетий. В XX веке<sup>1</sup>, после Нюрнбергского процесса, в результате возросшего международного признания прав пациентов были определены обязанности медицинских работников и государства перед ними<sup>2</sup>. В 1947 году в Нюрнбергском кодексе было провозглашено, что добровольное согласие участников является при любых обстоятельствах необходимым условием проведения медицинских исследований на человеке. В Хельсинкской декларации (1964 год) закрепленные в этом Кодексе принципы получили дальнейшее развитие и были увязаны с нормами врачебной этики, сформулированными в Женевской декларации (1948 год). В Амстердамской декларации прав пациентов, принятой Всемирной организацией здравоохранения в 1994 году, осознанное согласие было провозглашено необходимым условием любого медицинского вмешательства, а также было закреплено право пациента отказаться от любого такого вмешательства или остановить его<sup>3</sup>.

9. Осознанное согласие представляет собой не просто отсутствие возражений против медицинского вмешательства, а принятое добровольно и на основе достаточной информации решение, что гарантирует пациенту право на участие в принятии решений медицинского характера и возлагает на медицинских работников соответствующие функции и обязанности. Этико-правовой основой этой концепции является необходимость уважения независимости пациента, его права на самостоятельный выбор, его физической неприкосновенности и благосостояния<sup>4</sup>. Ниже рассматриваются важные элементы осознанного согласия.

<sup>1</sup> См., например, *Schloendorff v. Society of New York Hospital*, 211 NY 125 (1914) (USA).

<sup>2</sup> Статья 7 Международного пакта о гражданских и политических правах.

<sup>3</sup> See article 3, Amsterdam Declaration on patients' rights, ICP/HLE 121 (1994).

<sup>4</sup> J.W. Berg et al., *Informed consent: legal theory and clinical practice* (2001).

## **А. Реализация дееспособности**

10. Способность давать согласие является одним из аспектов дееспособности, которая, как правило, предполагает способность понимать, запоминать, осмысливать и взвешивать имеющуюся информацию при принятии решения<sup>5</sup>. Дееспособными считаются взрослые люди, что дает им право соглашаться на медицинское вмешательство, отказываться от него или выбирать альтернативный ему вариант. Фактическое решение пациента, насколько бы оно ни противоречило мнению специалистов, не имеет никаких последствий для его дееспособности.

11. К вопросу о дееспособности детей во всем мире подходят по-разному: например, иногда для определения меры дееспособности детей проводится проверка с целью установить степень их зрелости и, соответственно, решить, способны ли они дать согласие и каковы могут быть требования в отношении согласия родителей.

12. В случае если лицо временно (вследствие таких преходящих состояний, как потеря сознания, паника, страх или смятение) или постоянно лишено дееспособности, для содействия реализации правоспособности и учета пожеланий такого лица могут потребоваться вспомогательные меры (такие, как альтернативные или усиливающие методы общения). Только в случае угрозы жизни и когда отсутствие дееспособности не вызывает сомнений<sup>6</sup>, медицинский работник может приступить к оказанию скорой помощи, не получив осознанного согласия.

## **В. Уважение личной автономии**

13. Осознанное согласие действительно только в том случае, если оно было документально подтверждено до медицинской процедуры и было добровольным, то есть было получено без принуждения и без недолжного воздействия и не явилось результатом неправильной интерпретации. Тогда как согласие пациента на простые процедуры может иногда подразумеваться, согласие на более сложные и инвазивные методы лечения должно быть ясно выраженным.

14. Под принуждением, в частности, понимается давление того или иного рода, которое испытывает пациент, например усталость или стресс<sup>7</sup>. Под недолжным воздействием подразумевается ситуация, когда пациент считает, что его отказ может повлечь за собой неприятные последствия<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> См., например, *Re C* [1994] 1 All ER 819 (UK). Also applied in *Re C* [1997] 2 FLR 180 (UK).

<sup>6</sup> См., например, *Re T* [1992] 4 All ER 649 (UK).

<sup>7</sup> *Beausoleil v. The Sisters of Charity* (1964), 53 DLR 65 (Canada).

<sup>8</sup> См. К. Forrester and D. Griffiths, *Essentials of Law for Health Professionals* (2005).

### С. Полнота информации

15. Для того чтобы дать осознанное согласие, пациент должен владеть всей информацией о преимуществах и рисках соответствующей медицинской процедуры и альтернативах ей. Пациент имеет право как запросить такую информацию перед тем, как дать согласие на процедуру, так и отказаться от нее, при условии, что ему было надлежащим образом предложено ознакомиться с ней.

16. Концепция «осмотрительного пациента» берет свое начало в разработанной в Соединенных Штатах «Кентерберийской доктрине», в соответствии с которой вся вышеуказанная информация должна быть предоставлена пациенту до получения от него согласия. Разработанная в Канаде концепция согласия с поправкой на объективные факторы<sup>9</sup> дополнительно принимает во внимание субъективную точку зрения пациента при обеспечении доступности и приемлемости информации с учетом конкретных обстоятельств пациента и позволяет обеспечить максимальное соблюдение его прав.

17. Неизбежно возникающий в отношениях между врачом и пациентом властный дисбаланс, когда пациенту приходится положиться на мнение врача как специалиста в своей области, особенно на современном уровне развития медицины, крайне затрудняет эффективное представление информации. Ситуацию еще более усугубляет дисбаланс, вызванный разницей в социальном положении, половой или этнической принадлежности и другими социально-экономическими факторами.

## III. Право на здоровье и осознанное согласие

18. Соблюдение принципа осознанного согласия — это один из основных элементов обеспечения уважения к личной автономии, самоопределению и человеческому достоинству индивидуума в рамках непрерывной цепочки предоставляемых на добровольной основе медицинских услуг. Осознанное согласие в медицине, включая, в частности, клиническую практику, общественное здравоохранение и медицинские исследования, является неотъемлемым аспектом уважения, защиты и реализации права на здоровье, закрепленного в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и провозглашенного в целом ряде международных и региональных договоров по правам человека и в конституциях различных стран<sup>10</sup>.

19. Осознанное согласие затрагивает сразу несколько элементов неделимых, взаимозависимых и взаимосвязанных прав человека. Помимо права на здоровье, сюда входит право на самоопределение, право на свободу от дискриминации, право на защиту от принудительного участия в опытах, право на безопасность и уважение человеческого достоинства, право на признание правосубъектности, право на свободу убеждений и на свободное их выражение и право

<sup>9</sup> См. *Reibl v. Hughes* (1980) 2 S.C.R. 880 (Canada).

<sup>10</sup> См. статью 25 Всеобщей декларации прав человека; статью 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах; Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о правах ребенка и Конвенцию о правах инвалидов.

на репродуктивное самоопределение<sup>11</sup>. Все государства — участники Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах взяли на себя правовое обязательство не препятствовать осуществлению прав, провозглашенных в Пакте, включая право на здоровье<sup>12</sup>. Для защиты этих прав чрезвычайно важно гарантировать всем лицам возможность самостоятельно принимать осознанные решения в отношении собственного здоровья и защищать их от возможных нарушений (в том числе связанных с обычаями и традициями).

20. Право на осознанное согласие закреплено в нескольких региональных документах, включая принятую в 1997 году Советом Европы Конвенцию о правах человека и биомедицине (Овьедская конвенция) и дополняющий ее Протокол относительно биомедицинских исследований (European Treaty Series (ETS) 195); Хартию Европейского союза об основных правах<sup>13</sup> и директиву Европейского совета и парламента о клинических исследованиях<sup>14</sup>.

21. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), первый Специальный докладчик и многие другие ведут анализ различных аспектов права на здоровье с целью содействовать его пониманию и применению<sup>15</sup>. В замечании общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам разъясняются требования в отношении уважения, защиты и осуществления права на здоровье, которое включает как свободы, так и смежные права. Производные права предусматривают наличие, доступность, приемлемость и высокое качество медицинского обслуживания. К свободам относятся право контролировать собственное здоровье и тело и право не подвергаться без согласия какому-либо вмешательству<sup>16</sup>.

22. Ключевые элементы аналитической основы, имеющей отношение к настоящему докладу, включают следующие послыки: а) все услуги системы здравоохранения, в том числе информационные, должны иметься в наличии, быть доступными, приемлемыми и качественными. Государства обязаны обеспечивать соответствие всего диапазона услуг в области здравоохранения культурным и этическим требованиям; б) чрезвычайно важно обеспечивать участие населения в принятии решений, касающихся здравоохранения, на местном, национальном и международном уровнях; государства обязаны оказывать помощь отдельным лицам и общественным организациям и обеспечивать, чтобы медицинские услуги предоставлялись только с осознанного согласия пациентов; в) государства обязаны обеспечивать уважение, защиту и осуществление

<sup>11</sup> См. статьи 2, 3, 5, 6 и 16 Всеобщей декларации прав человека; статьи 1, 2, 3, 7, 9, 10, 16, 18, 19, 24, 25, 26 и 27 Международного пакта о гражданских и политических правах.

<sup>12</sup> См. статью 30 Всеобщей декларации прав человека; статью 5 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

<sup>13</sup> См. статью 3 Хартии Европейского союза об основных правах (2000 год).

<sup>14</sup> См. директиву 2001/20/ЕС Европейского парламента и совета от 4 апреля 2001 года.

<sup>15</sup> См. E/CN.4/2003/58, A/58/427; WHO, *Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies* (2005); Physicians for Human Rights, *Deadly Delays: Maternal Mortality in Peru* (2007).

<sup>16</sup> См. замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, пункт 8.



права на здоровье всех без исключения лиц. Особое внимание должно уделяться защите лиц, которые особенно уязвимы из-за состояния своего здоровья или социального, экономического или политического положения<sup>17</sup>.

23. Особенно важным является то, что правозащитный подход к вопросам осознанного согласия позволяет устранять структурное неравенство, которое может оказывать существенное влияние на психическое и физическое состояние лица и на его отношения с медицинским персоналом. Для устранения барьеров на пути эффективного предоставления информации необходимо оказывать консультативную помощь и привлекать к работе местное население, содействуя надлежащему пониманию информации и принятию решений. 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.

## **А. Клиническая практика**

24. Применение правозащитного подхода в клинических условиях означает, что консультирование, обследование и лечение должны представлять собой непрерывную цепочку медицинских услуг, оказываемых с согласия пациента. Процесс получения осознанного согласия предусматривает переход от предоставления приемлемой и качественной информации к добровольному прохождению обследований и лечения, чему способствует надлежащее консультирование. Особое внимание к уважению автономии пациента и его человеческого достоинства при получении от него осознанного согласия на основе надлежащего консультирования — это первый шаг к переходу от, например, тестирования на ВИЧ к оказанию услуг на добровольной и недискриминационной основе. Такой подход приносит максимальную пользу как самому пациенту, так и всей системе здравоохранения, поскольку существует прямая взаимосвязь между доверием и сотрудничеством со стороны пациента и эффективностью медицинской помощи.

25. Роль медицинских работников в предоставлении необходимой информации, а также в учете и сведении к минимуму факторов, ставящих под угрозу добровольность принятия решения, имеет огромное значение для реализации права на здоровье<sup>18</sup>. Однако из-за нехватки персонала и ресурсов они не всегда имеют возможность в своей работе неукоснительно придерживаться принципа получения осознанного согласия.

<sup>17</sup> См. замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, пункты 12 и 17.

<sup>18</sup> См. Physicians for Human Rights, General Guideline 13, Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms (2003).

26. Важно также то, что правозащитный подход позволяет устранить структурные барьеры на пути соблюдения принципа осознанного согласия в непрерывной цепочке медицинских услуг. Такой подход особенно актуален в плане учета властного дисбаланса, порождаемого различиями в уровне знаний, опыта и доверия между медицинскими работниками и пациентами, особенно если последние принадлежат к уязвимой группе. В этом случае стигматизация и дискриминация приводят к тому, что такие пациенты не всегда обращаются за медицинской помощью, а медицинские работники не всегда проявляют одинаковое отношение ко всем пациентам.

27. Обязательные, а иногда и плановые обследования ущемляют, а нередко нарушают права человека. Такие обследования являются принудительными и, как правило, не позволяют обеспечить должное информирование и консультирование пациентов, что ставит под угрозу возможность принятия ими осознанного решения и объясняет, почему они не стремятся узнать результаты обследования и не обращаются за необходимой помощью. Налаживание на местном уровне эффективного перехода от проведения обследований к организации лечения и оказанию других медицинских услуг, напротив, способствует добровольному прохождению обследований и отказу от стигматизации и дискриминации<sup>19</sup>.

28. Право проходить лечение только с собственного согласия включает также право отказаться от него<sup>20</sup> вне зависимости от целесообразности соответствующей процедуры<sup>21</sup>. Вместе с тем медицинским работникам следует настоятельно рекомендовать тем пациентам, которые отказываются от лечения, необходимого им по медицинским показаниям, проходить его, максимально четко предупреждая их о соответствующих медицинских последствиях.

29. Пациент или постоянный законный представитель пациента могут уполномочить доверенное лицо, ответственное за вопросы медицинской помощи, давать согласие на лечение, когда сам пациент не в состоянии сделать это. В отсутствие такого доверенного лица, если пациент обоснованно признается недееспособным по причине того или иного преходящего физического или психического состояния, например по причине потери сознания, медицинский работник может оказывать только чрезвычайную помощь, необходимую для спасения жизни пациента<sup>22</sup>, и только если предварительно или непосредственно до проведения такой процедуры пациент не дал четко понять, что он отказывается от вмешательства<sup>23</sup>. Ближайшие родственники пациента, если ранее они не были назначены его доверенными лицами, не могут давать согласие на лечение от имени пациента, но к ним следует обращаться за информацией, которая может прояснить предпочтения пациента, но, однако, не должна обязательно быть учтена<sup>24</sup>. Должны быть предусмотрены также гарантии против злоупотреблений, например требования в отношении медицинского заключения третьей стороны.

<sup>19</sup> См. UNAIDS, *HIV voluntary counselling and testing: gateway to prevention and care* (2002).

<sup>20</sup> См., например, *Malette v. Shulman et al.*, (1990) 67 D.L.R. (4th) 321 (Canada).

<sup>21</sup> См. CEDAW/C/36/D/4/2004.

<sup>22</sup> См. *Moore v. Webb*, 345 S.W.2d 239 (Mo.App. 1961) (US).

<sup>23</sup> См. *Public Health Trust of Dade County v. Wons*, 541 So. 2d 96 (Fla. 1989) (US); *Re T* [1992] 4 All ER 649 (UK).

<sup>24</sup> См. *Re T* [1992] 4 All ER 649 (UK).

## В. Охрана здоровья населения

30. Меры в области охраны здоровья населения должны быть всегда направлены на полное соблюдение на практике принципа добровольности и сведение к минимуму ущемлений прав лица на неприкосновенность частной жизни и самостоятельность выбора. Согласно принятым в 1985 году Сиракузским принципам любые ограничения прав, закрепленных в Международном пакте о гражданских и политических правах, должны носить недискриминационный характер, должны предусматриваться законодательством, преследовать законные цели и быть необходимыми, а также представлять собой наименее ограничительную разумно доступную альтернативу<sup>25</sup>. Важно также, чтобы такие ограничения применялись при полном уважении человеческого достоинства, прав человека и основных свобод<sup>26</sup>. Ограничение свободы передвижения должно применяться лишь в крайнем случае<sup>27</sup>, когда есть разумные основания полагать, что добровольные меры не дадут желаемого результата<sup>28</sup>. В ходе недавних пандемий тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) и гриппа типа А (H1N1) возник вопрос о том, насколько права личности оказались ущемлены в результате введения карантинных мер<sup>29</sup>.

31. Правозащитный подход к охране здоровья населения требует при введении любых ограничений уделять максимальное внимание вопросам обеспечения непрерывности процесса консультирования, обследования и лечения в оптимально пригодных для этого условиях. Любые ограничения права на осознанное согласие должны подкрепляться научными данными и вводиться при соблюдении требований участия, транспарентности и подотчетности, а также принципов поэтапности и пропорциональности<sup>30</sup>.

32. Процедуры регулярных обследований должны предусматривать требование об осознанном согласии пациента и сопровождаться мерами по борьбе со стигматизацией с целью не допустить усугубления социальной маргинализации. Обязательные обследования не должны ни при каких условиях проводиться для регулирования частной жизни, за исключением случаев, когда это оправдано по соображениям охраны здоровья населения. Криминализация поведения, пагубного для здоровья самого человека, контрпродуктивна с точки зрения достижения цели добровольного последовательного прохождения консультирования, обследования и лечения.

33. В основе успеха программ тестирования на ВИЧ/СПИД лежат консультирование, принцип осознанного согласия и конфиденциальность<sup>31</sup>. Согласно международным руководящим принципам, законы об охране здоровья насе-

<sup>25</sup> См. E/CN.4/1984/4.

<sup>26</sup> Статья 3 Международных медико-санитарных правил ВОЗ (2005 год).

<sup>27</sup> См. WHO, *WHO Guidance on human rights and involuntary detention for xdr-tb control* (2007).

<sup>28</sup> См. WHO, *Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza. Ethics, equity, trade and human rights* (2007).

<sup>29</sup> См. G.L. Burci and R. Koskenmaki, "Human Rights Implications of Governance Responses to Public Health Emergencies: The Case of Major Infectious Disease Outbreaks", *Realizing the Right to Health* (2009), pp. 346–358.

<sup>30</sup> См. L.O. Gostin, "Public Health Strategies for Pandemic Influenza: Ethics and the Law", *JAMA*, vol. 295, issue 14 (2006), pp. 1700–1704; S. Gruskin and B. Loff, "Do Human Rights have a Role in Public Health Work?" *The Lancet*, vol. 360 (2002), p. 1880.

<sup>31</sup> См. UNAIDS/WHO, "UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing" (2004).

ния должны предусматривать, что обследования на ВИЧ/СПИД должны проводиться только с осознанного согласия лица<sup>32</sup> и опираться на подход, предусматривающий защиту прав человека<sup>33</sup>. Однако действующие в настоящее время директивы, по которым тестирование и консультирование могут проводиться по инициативе медицинских учреждений, причем тестирование может проводиться даже без гарантии дальнейшего доступа к лечению, подрывают последовательность перехода от обследования к лечению и эффективность долгосрочных мер профилактики. Те медицинские учреждения, которые в своей работе придерживаются «упрощенной практики информирования до проведения тестирования», пренебрегают одной из важнейших мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом, которая заключается в том, чтобы еще до обследования дать согласившимся пройти его исчерпывающую информацию, которая в случае отрицательного результата существенно расширила его знания в области профилактики. Кроме того, было рекомендовано в условиях генерализованной эпидемии ВИЧ/СПИДа по инициативе медицинских учреждений использовать такой механизм тестирования и консультирования, при котором добровольное предварительное согласие пациента заменяется презумпцией согласия в отсутствие четко выраженного отказа<sup>34</sup>. При этом проходящие тестирование в рамках такого механизма, особенно из числа маргинализированных групп населения<sup>35</sup>, часто чувствуют себя вынужденными согласиться<sup>36</sup>. Расширение масштабов тестирования без предварительного консультирования может усугубить маргинализацию таких групп населения и подорвать эффективность долгосрочных мер профилактики, а потому такой подход следует пересмотреть.

34. Аналогично тому, как увязка надлежащего консультирования и лечения с добровольным прохождением обследований служит стимулом к их прохождению, принудительные меры лечения дают обратный эффект. Практика принудительной изоляции часто оказывается несостоятельной с медицинской точки зрения, поскольку она не учитывает, что изоляция в помещении с замкнутой системой вентиляции способствует распространению заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем; более эффективными в этой связи оказываются общинные модели ухода с согласия больного<sup>37</sup>. Тем не менее лица с неинфекционным туберкулезом насильственно изолируются от общества, иногда даже продолжают содержаться в тюрьмах<sup>38</sup>. В соответствии с принципами

<sup>32</sup> См. OHCHR and UNAIDS, *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights* (2006).

<sup>33</sup> См. UNFPA and WHO, *Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings* (2006), para. 9.

<sup>34</sup> См. WHO/UNAIDS, *WHO/UNAIDS Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities* (2007).

<sup>35</sup> См. S. Weiser et al., "Routine HIV testing in Botswana: a population-based study on attitudes, practices, and human rights concerns", *PLoS Medicine*, vol. 3, issue 7 (2006), p. 395.

<sup>36</sup> Согласно одному из докладов о ситуации в Ботсване две трети женщин чувствовали себя вправе отказаться от тестирования. Physicians for Human Rights, *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana and Swaziland* (2007). See also S. Weiser et al. (2006), "Routine HIV testing in Botswana: a population-based study on attitudes, practices, and human rights concerns", *PLoS Medicine*, vol. 3, issue 7 (2006); A. Welbourn, "Into the Firing Line: Placing young women and girls at greater risk", *AIDS Legal Network* (2008).

<sup>37</sup> См. Rio Communities' Declaration at the 3rd Stop TB Partners Forum, March 2009.

<sup>38</sup> См. R. Coker, "Detention and mandatory treatment for tuberculosis patients in Russia", *The*

пропорциональности и поэтапности любые меры по изоляции должны предусматривать минимальные возможные ограничения, для чего, например, вместо изоляции в стационарах предпочтение может отдаваться изоляции больных в домашних условиях<sup>39</sup>. Любое лечение, предусматривающее изоляцию или карантин, должно проводиться с осознанного согласия больного, что содействует завершению терапии на добровольной основе<sup>40</sup>.

### С. Медицинские исследования

35. Осознанное согласие участников является неременным условием проведения медицинских исследований; этот принцип закреплен и в международных стандартах<sup>41</sup>. Каждый потенциальный объект исследования должен быть должным образом информирован о его целях, методах, ожидаемых результатах и потенциальных рисках. От дальнейшего участия в исследовании можно отказаться в любой момент, и, таким образом, осознанное согласие — это непрерывный процесс, в котором учитываются любые новые неблагоприятные обстоятельства<sup>42</sup>. Опасения относительно того, что будущие результаты исследования могут быть поставлены под угрозу, не могут служить основанием для утаивания информации, и, кроме того, исследователи должны принимать во внимание явление «терапевтического заблуждения», когда пациент ожидает медицинского эффекта даже тогда, когда для целей исследования может применяться плацебо<sup>43</sup>.

36. Правозащитный подход к проведению медицинских исследований подразумевает, что необходимы специальные меры защиты, призванные не допустить ущемления права потенциальных участников, особенно из числа принадлежащих к уязвимым группам населения, на самостоятельный выбор в результате властного дисбаланса, характерного для отношений между исследователем и объектом исследования. При проведении исследований среди малограмотного населения необходимо предпринимать дополнительные усилия, чтобы обеспечить понимание технических концепций. Исследования с участием лиц, принадлежащих к уязвимым группам населения, должны предусматривать участие в них организаций, представляющих интересы последних, которые оказывали бы им помощь на протяжении всего процесса. Особые меры требуются также в связи с ненадлежащими стимулами, клинической уязвимостью, языковыми и культурными барьерами, двойными стандартами, излишним риском и сбором образцов ткани.

37. Стимулы, используемые для поощрения лиц к участию в исследованиях, должны ограничиваться адекватной компенсацией за потраченное ими время, их усилия и отрицательные последствия участия. Для малоимущих слоев насе-

*Lancet*, vol. 358, issue 9279 (2001), pp. 349–350.

<sup>39</sup> См. A. Boggio et al., “Limitations on human rights: Are they justifiable to reduce the burden of TB in the era of MDR- and XDR-TB?” *Health and Human Rights*, vol. 10, issue 2 (2008), pp. 121–126.

<sup>40</sup> См. WHO, *Good Practice in Legislation and Regulations for TB Control: An Indicator of Political Will* (2001).

<sup>41</sup> Статья 7 Международного пакта о гражданских и политических правах.

<sup>42</sup> См. article 24, European Treaty Series 195.

<sup>43</sup> См. P. S. Appelbaum et al., “The therapeutic misconception: informed consent in psychiatric research”, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 5 (1982), pp. 319–329.

ления доступ к финансовым или медицинским ресурсам часто становится неадекватным стимулом к согласию на участие в исследованиях или удерживает их от того, чтобы в какой-то момент отказаться от него<sup>44</sup>. Исследователи и контрольные комиссии должны особо учитывать это обстоятельство.

38. Особые меры необходимы для защиты лиц, находящихся в уязвимом положении, например лиц с тяжелыми формами инвалидности, беременных и кормящих женщин, детей, лиц в чрезвычайных ситуациях, представляющих опасность для их жизни, и пожилых людей. Добиваться согласия таких лиц на участие в медицинских исследованиях можно только в отсутствие альтернативных демографических групп, в сопоставимой степени подходящих для целей исследования, и только при условии, что будут приняты меры для сведения к минимуму рисков, сопряженных с участием в нем, а его положительными результатами смогут пользоваться члены этой же группы<sup>45</sup>. Уполномоченным доверенным лицам, которые принимают решение за недееспособных лиц, запрещается предлагать стимулы, выходящие за рамки адекватной компенсации за их время и усилия. Проводить исследования с участием недееспособных лиц или лиц, которые по иным причинам не в состоянии дать свое согласие на участие или отказаться от него, разрешается «только в том случае, если физическое либо психическое состояние, препятствующее получению информированного согласия, является необходимой характеристикой исследуемых пациентов»<sup>46</sup>. Если медицинский эксперимент необходим для спасения жизни лица, признанного не способным принять осознанное решение, то необходимо заручиться согласием его юридически уполномоченного представителя, а также учитывать любые знаки согласия или несогласия, поступающие от пациента<sup>47</sup>.

39. Языковые и культурные барьеры часто затрудняют передачу и понимание информации<sup>48</sup>. Информация должна предоставляться в понятной форме, в связи с чем от организации, проводящей исследование, может потребоваться принять дополнительные меры (например, предоставить услуги переводчика)<sup>49</sup>. Когда это более целесообразно, Хельсинкская декларация предусматривает возможность проведения исследования с устного согласия, которое должно быть формально задокументировано и засвидетельствовано.

40. При проведении исследований в развивающихся странах исследователями из развитых стран необходимы дополнительные меры защиты<sup>50</sup>. В результате применения двойных стандартов в отношении осознанного согласия в развивающихся странах иногда проводятся небезопасные клинические испытания<sup>51</sup>. По-прежнему высказываются сомнения в том, что проведение клинических ис-

<sup>44</sup> См. F. van Loggerenberg et al., "Ethical challenges in undertaking HIV/AIDS research in resource constrained settings: Experiences with sex workers at truck stops in South Africa", *International Conference on AIDS* (2002), p. 14.

<sup>45</sup> См. articles 18, 19 and 20, European Treaty Series 195.

<sup>46</sup> См. пункты 27, 28 и 29 Хельсинкской декларации.

<sup>47</sup> См. пункт 29 Хельсинкской декларации.

<sup>48</sup> См. P.A. Marshall, *Ethical challenges in study design and informed consent for health research in resource-poor settings*, WHO (2007).

<sup>49</sup> См. WHO, *Indigenous peoples and participatory health research* (2009).

<sup>50</sup> См. Guidelines concerning the application of the Declaration of Helsinki in developing countries have been issued by the Council for International Organizations of Medical Sciences in collaboration with WHO (1982 and 2002).

<sup>51</sup> См. Kano Trovan Case in Nigeria (1996).

пытаний в развивающихся странах в принципе может считаться этичным, особенно когда в них применяются плацебо, несмотря на наличие реально эффективных препаратов<sup>52</sup>. Комиссиям по этическому обзору необходимо ликвидировать двойные стандарты, которые применяются в отношении развивающихся стран, поскольку лишения не умаляют важности добровольного характера осознанного согласия. Когда при проведении международных исследований возникает выбор между различными требованиями в отношении осознанного согласия, должны применяться те стандарты, которые обеспечивают максимальную защиту участников<sup>53</sup>. С целью обеспечить, чтобы потенциальные объекты исследования были его главными бенефициарами, участников клинических испытаний следует всегда информировать о предполагаемой пользе исследования и его предполагаемых бенефициарах.

41. В целях сведения к минимуму рисков, сопряженных с клиническими исследованиями, запрещается запрашивать согласие на участие в клинических испытаниях, не обусловленных медицинской необходимостью, как, например, когда уже имеющаяся информация о безопасности и эффективности устраняет необходимость в дополнительных исследованиях. Международные нормы должны предусматривать защиту производителей дженериков от не обоснованного с научной точки зрения предоставления исключительных прав на информацию, поскольку это приводит к утаиванию имеющейся информации о потенциальных рисках и благоприятном воздействии соответствующих препаратов от пациентов, что лишает их возможности принимать осознанные решения.

42. Исследователи, которые хотят получить разрешение на использование в будущем идентифицируемых образцов тканей, содержащих клетки ДНК, должны сообщать лицам о всех возможных путях их использования<sup>54</sup>. Обязательным условием любого изменения требований, касающихся дачи осознанного согласия на проведение исследований с использованием анонимных образцов тканей, должно быть наличие научных данных, достоверно свидетельствующих о пользе таких исследований для развития здравоохранения<sup>55</sup>.

#### IV. Уязвимые группы населения и осознанное согласие

43. Требования в отношении осознанного согласия как неотъемлемой составляющей права на здоровье должны предусматривать всесторонние меры защиты от стигматизации и дискриминации по любым признакам, как это было предусмотрено в статье 2 Всеобщей декларации прав человека и в пункте 2 статьи 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и впоследствии в статье 11 Всеобщей декларации ЮНЕСКО об этике и правах человека (2005 год).

<sup>52</sup> См. R. Macklin, *Double Standards in Medical Research in Developing Countries* (2004).

<sup>53</sup> См. J. Leaning, "Ethics of research in refugee populations", *The Lancet*, vol. 357, issue 9266 (2001), pp. 1432–1433.

<sup>54</sup> См. P.A. Marshall, *Ethical challenges in study design and informed consent for health research in resource-poor settings*, WHO (2007).

<sup>55</sup> См., например, L. M. Kopelman, "Informed consent and anonymous tissue samples: The case of HIV seroprevalence studies", *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 19, issue 6 (1994), pp. 525–552.

44. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам недавно вновь заявил о настоятельной необходимости предупреждения дискриминации в своем замечании общего порядка № 20<sup>56</sup>, особо подчеркнув важность придерживаться гибкого подхода в борьбе с дискриминацией, по иным обстоятельствам на основе опыта маргинализированных групп населения. В этом замечании далее подчеркивается важная роль мер поддержки — которые при необходимости должны приниматься постоянно — для предупреждения дискриминации.

45. Помимо различий в положении, опыте и знаниях и уровне доверия, присущих отношениям между врачом и пациентом, существенную угрозу добровольному и осознанному характеру согласия может также представлять структурное неравенство. Для защиты прав уязвимых групп населения чрезвычайно важное значение имеют создание надлежащих механизмов поддержки в решении проблем с получением осознанного согласия, включая участие общественности и всестороннее консультирование в рамках всей цепочки медицинских услуг.

46. В плане осознанного согласия отдельным группам населения должно уделяться особое внимание, поскольку по экономическим, социальным и культурным причинам они находятся в уязвимом положении. Так, в принципах 17 и 18 Джокьякартских принципов подчеркивается важность защиты права сексуальных меньшинств на осознанное согласие. Медицинские работники должны сознавать и учитывать особые потребности лесбиянок, гомосексуалистов, бисексуалов, транссексуалов и интерсексуалов. Соответствующие факторы уязвимости во многом совпадают, усугубляя неравенство; однако для целей настоящего доклада ниже некоторые такие группы рассматриваются отдельно.

## А. Дети

47. Конвенция о правах ребенка требует уважительно относиться к развивающимся способностям ребенка и должным образом принимать в расчет его мнения с учетом его возраста и степени зрелости<sup>57</sup>. Ребенку необходимо должным образом разъяснять, в чем состоят риск и польза медицинского вмешательства, и, при условии, что он достаточно зрел, чтобы принять решение, такое вмешательство должно осуществляться только с его осознанного согласия<sup>58</sup>. Недавно принятое замечание общего порядка № 12 к Конвенции о правах ребенка гласит: «государствам-участникам необходимо принять законы или положения с целью обеспечить доступ детей к медицинским консультациям на условиях конфиденциальности и без согласия родителей независимо от возраста ребенка, когда это необходимо по соображениям безопасности или благосостояния ребенка... Право на доступ к консультациям должно гарантироваться независимо от права соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него и без каких-либо возрастных ограничений»<sup>59</sup>.

<sup>56</sup> См. E/C.12/GC/20.

<sup>57</sup> См. статью 5 и пункт 1 статьи 12 Конвенции о правах ребенка.

<sup>58</sup> См. статьи 3, 13 и 17 Конвенции о правах ребенка; пункт 20 замечания общего порядка № 3 к Конвенции о правах ребенка.

<sup>59</sup> Пункт 101 замечания общего порядка № 12 к Конвенции о правах ребенка.



48. Будучи по закону несовершеннолетними, дети части осуществляют свои права через законного опекуна, что ограничивает их независимость, а различия в степени зрелости детей существенно затрудняют надлежащую оценку их дееспособности. С особенно большой опасностью подвергнуться принудительному медицинскому вмешательству сталкиваются дети из маргинализированных слоев общества и дети, переданные в учреждения опеки и попечительства<sup>60</sup>. Социальные предрассудки, бытующие среди взрослых, могут препятствовать осуществлению детьми права на доступ к услугам и информации, касающимся сексуального и репродуктивного здоровья, и, хотя в некоторых странах предусмотрена защита этого права<sup>61</sup>, в целом ряде других стран требование получения согласия от родителей ограничивает доступ к таким услугам и информации<sup>62</sup>. Государства обязаны обеспечивать подросткам, независимо от согласия родителей<sup>63</sup>, доступ к надлежащей информации и услугам, касающимся их здоровья, прежде всего сексуального и репродуктивного здоровья<sup>64</sup>. Подростки, при условии достаточной зрелости, могут в конфиденциальном порядке обращаться за медицинскими услугами<sup>65</sup> и информацией<sup>66</sup>.

49. Медицинским работникам следует делать все возможное для того, чтобы отложить любое инвазивное и необратимое вмешательство, если оно не требуется в экстренном порядке, до достижения ребенком такой степени зрелости, когда он может дать осознанное согласие на него<sup>67</sup>. Необходимо обеспечить наличие гарантий для защиты детей на случай, если родители отказываются дать согласие на срочно необходимое вмешательство.

50. Чтобы не допускать ситуаций, когда из-за несогласия родителей подросткам последовательно отказывают в доступе к каким-либо услугам, необходимо надлежащим образом готовить медицинских работников по этим вопросам —

<sup>60</sup> См. A/61/299; WHO/SEARO, "Synthesizing experiences from countries in the region: Similarities, differences, lessons learnt", *Increasing adolescents' access to health services for HIV and Adolescent Sexual and Reproductive Health* (2006).

<sup>61</sup> В Соединенных Штатах Америки согласно Закону о Службе здравоохранения (титул 42 Кодекса Соединенных Штатов (1946)) центры планирования семьи, финансируемые из федерального бюджета, обязаны оказывать всем несовершеннолетним лицам услуги на конфиденциальной основе без согласия родителей. Однако ряд законов, принятых на уровне штатов, по-прежнему ограничивают доступ несовершеннолетних к таким услугам; T. J. Valvano, "Legal Issues in sexual and reproductive health care for adolescents," *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, vol. 10 (2009), pp. 60–65.

<sup>62</sup> См. UNFPA et al., "Report Card, HIV Prevention for Girls and Young Women: India (2007), Kenya (2008), Swaziland (2007), Thailand (2006), and Peru (2006)"; K. L. Dehne and G. Riedner, *Sexually transmitted infections among young people. The need for adequate health services*, WHO CAH (2005); P. Mahery, "Consent laws influencing children's access to health care services", *South African Health Review* (2006), pp. 167–180; American Psychological Association, *Parental Consent and Adolescent Reproductive Health* (2000).

<sup>63</sup> См. замечание общего порядка № 4 к Конвенции о правах ребенка; A/CONF.171/13, пункт 7.

<sup>64</sup> См. CRC/C/KEN/CO/2, para. 49.

<sup>65</sup> См. замечание общего порядка № 4 к Конвенции о правах ребенка.

<sup>66</sup> См. статью 16 Конвенции о правах ребенка.

<sup>67</sup> Это особенно проблематично, когда речь идет о хирургической коррекции гениталий при интерсексуальных состояниях — болезненной и опасной процедуре, эффективность которой пока не доказана; см., например, Colombian Constitutional Court, Sentencia SU-337/99 and Sentencia T-551/99.

даже в тех случаях, когда приняты соответствующие законы<sup>68</sup>. Необходимо предпринимать дополнительные усилия, чтобы такая информация и услуги были рассчитаны конкретно на детей и учитывали специфику из возраста, для чего необходимо устанавливать удобные для детей часы работы, проводить подготовку медработников и информационно-разъяснительную работу среди них и уделять особое внимание источникам информации и форме ее подачи, в частности привлекать к этой работе сверстников<sup>69</sup>.

## **В. Пожилые люди**

51. Хотя во всем мире старение населения продолжается, нынешние меры и вспомогательные структуры по защите прав пожилых людей явно неадекватны<sup>70</sup>. Пожилые люди часто подвергаются плохому обращению из-за их кажущейся неосведомленности и беспомощности, а также по причине их реальной физической слабости и психической неустойчивости, например в результате дегенеративных заболеваний, подрывающих их способность принимать осознанные решения в отношении собственного здоровья. Пожилые люди, проживающие в учреждениях по уходу, подвергаются особенно большой опасности лишиться самостоятельности и стать жертвами унижения их человеческого достоинства<sup>71</sup> из-за отсутствия надлежащего надзора, особенно в случаях принудительной лекарственной терапии<sup>72</sup>.

52. Государства обязаны обеспечивать пожилым людям одинаковые со всеми остальными лицами возможности для реализации своего права на здоровье, включая право на осознанное согласие<sup>73</sup>. Согласно положениям статьи 12 Конвенции о правах инвалидов, инвалидность, в том числе связанная с возрастом, не может сама по себе служить основанием для ограничения дееспособности. Любые исследования, проводящиеся на людях, страдающих от дегенеративных заболеваний, должны проводиться при соблюдении соответствующих требований, предусмотренных в Хельсинкской декларации<sup>74</sup>.

53. Необходимо принимать меры поддержки, например на основе осуществления государственных инициатив по улучшению доступа пожилых людей к соответствующей информации в легкой для понимания форме через общепринятые каналы, такие как системы социального обеспечения. Следует разработать международные руководящие принципы и национальные системы для регулирования порядка работы учреждений по уходу и контроля за ними с целью

<sup>68</sup> См. WHO/SEARO, "Synthesizing experiences from countries in the region: Similarities, differences, lessons learnt", *Increasing adolescents' access to health services for HIV and Adolescent Sexual and Reproductive Health* (2006).

<sup>69</sup> См. Family Health International, "Making reproductive health services youth-friendly" (1999).

<sup>70</sup> См. WHO and the International Network for the Prevention of Elderly Abuse, *Missing Voices: Views of older persons on elder abuse* (2002).

<sup>71</sup> См. ВОЗ, «Жестокое обращение с пожилыми людьми», «Насилие и его влияние на здоровье», доклад о ситуации в мире (2002 год).

<sup>72</sup> См. United Kingdom House of Commons Health Committee, *Elder Abuse* (2004).

<sup>73</sup> См. пункты 34 и 35 замечания общего порядка № 6 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам; пункт 29 замечания общего порядка № 20 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам.

<sup>74</sup> См. пункты 27 и 28 Хельсинкской декларации.

гарантировать пожилым людям поддержку в принятии ими осознанных решений, касающихся их здоровья, и не допускать унижения их человеческого достоинства и лишения их права на самостоятельность из-за их уязвимости.

## С. Женщины

54. Гендерное неравенство, которое закрепляют существующие политические, экономические и социальные структуры, приводит к тому, что женщины регулярно подвергаются принуждению, не всегда имеют доступ к информации и возможность самостоятельного выбора в учреждениях системы здравоохранения. Особое внимание следует уделять правам женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье. Так, беременным женщинам иногда отказывают в праве самостоятельного выбора при оказании им соответствующих медицинских услуг, оправдывая это высшими интересами нерожденного ребенка.

55. Социально-правовые нормы ограничивают свободный доступ женщин к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья<sup>75</sup>. По имеющимся данным<sup>76</sup>, женщины часто полностью исключаются из процесса принятия решений, касающихся их здоровья. Женщин нередко заставляют проходить «плановое» обследование на ВИЧ/СПИД в рамках дородового наблюдения без последующих консультаций и лечения<sup>77</sup>. Они по-прежнему подвергаются насильственной стерилизации или принуждаются к использованию средств контрацепции<sup>78</sup>, что наносит ущерб их физическому и психическому здоровью и является нарушением их права на репродуктивную свободу<sup>79</sup>, физическую неприкосновенность и безопасность<sup>80</sup>. Женщинам часто предоставляется недостаточно времени<sup>81</sup> или информации<sup>82</sup> для принятия осознанного решения в отношении процедур стерилизации, или же они подвергаются стерилизации без своего ведома и узнают об этом позднее. В целом ряде стран не принимается достаточных мер в отношении лиц, производящих принудительную стерилизацию, а в некоторых из них такие процедуры даже санкционированы в национальных инициативах в области так называемого «планирования семьи», направленных на ограничение рождаемости по причинам, в основе которых ле-

<sup>75</sup> См. Rajalakshmi, "Reducing reproductive rights: spousal consent for abortion and sterilization", *Indian Journal of Medical Ethics*, vol. 3 (2007); Family Health International, "Reproductive health providers routinely face ethical issues, including those with conflicting principles", *Network*, vol. 21, issue 2 (2002); WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, *Cross-cutting gender issues in women's health in the Eastern Mediterranean region* (2007).

<sup>76</sup> См. U. Senarath, "Women's autonomy in decision-making for health care in South Asia", *Asia Pacific Journal of Public Health*, vol. 21, issue 2 (2009), pp. 137–143; N. Qureshi and B. T. Shaikh, "Women's empowerment and health: the role of institutions of power in Pakistan", *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 13, issue 6 (2007).

<sup>77</sup> См. C. Eyakuze et al., "From PMTCT to a more comprehensive AIDS response for women: a much-needed shift", *Developing World Bioethics*, vol. 8, issue 1 (2008), pp. 33–42.

<sup>78</sup> См. E/CN.4/1999/68/Add.4.

<sup>79</sup> См. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, замечание общего порядка № 19.

<sup>80</sup> См. IRIN, Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *Africa: When Culture Harms The Girls — The Globalization of Female Genital Mutilation* (2005).

<sup>81</sup> См. Inter-American Commission on Human Rights, *María Mamerita Mestanza Chávez v. Peru*, Case 12.191, 2000.

<sup>82</sup> См. CEDAW/C/36/D/4/2004; Center for Reproductive Rights, *Body and Soul: Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom* (2003).

жит расовая или этническая дискриминация. Стигматизация и дискриминация женщин из маргинализированных слоев населения, в том числе женщин, принадлежащих к коренному населению, женщин-инвалидов и женщин, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом, сильно увеличивают опасность того, что они могут оказаться жертвами ненадлежащего обращения<sup>83</sup>.

56. Как это ни прискорбно, в разных частях мира по-прежнему проводятся калечащие операции на женских половых органах, причем иногда даже на двухлетних девочках<sup>84</sup>. Такие операции наносят вред физическому и психическому здоровью<sup>85</sup>, не оправданы с медицинской точки зрения и представляют собой нарушение физической и личностной неприкосновенности девочек и женщин. Поскольку калечащим операциям на половых органах приписывается огромное культурное значение, связанное с девственностью, пригодностью для брака и социальным статусом, решение о проведении такой операции практически никогда не принимается самой женщиной<sup>86</sup>.

57. Необходимость в специальных мерах для защиты права женщин на осознанное согласие была подтверждена в Пекинской декларации<sup>87</sup>. Женщины имеют право свободно давать или не давать согласие на те или иные процедуры (включая стерилизацию), которые не должны носить принудительный характер и должны проводиться при соблюдении прав женщины на личностную автономию, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность<sup>88</sup>, а также права на информацию, которая должна предоставляться персоналом, имеющим соответствующую подготовку<sup>89</sup>. Любые требования в отношении предварительного согласия третьей стороны являются нарушением независимости женщины<sup>90</sup>. Услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья должны оказываться на добровольной и недискриминационной основе и предусматривать предоставление необходимой информации<sup>91</sup>. Государства обязаны не допускать никакого принуждения при оказании услуг по охране репродуктив-

<sup>83</sup> См., например, *K.H. and Others v. Slovakia*, Appl. No. 32881/04, European Court of Human Rights, 2009; International Community of Women Living with HIV/AIDS, "The forced and coerced sterilization of HIV positive women in Namibia" (2009); L. Dowse, "Moving Forward or Losing Ground? The Sterilization of Women and Girls with Disabilities in Australia", paper presented to Disabled Peoples' International World Summit, Winnipeg, 8–10 September 2004.

<sup>84</sup> По оценкам, ежегодно в странах Африки к югу от Сахары, Египте и Судане калечащим операциям на половых органах подвергаются 3 миллиона девочек. UNICEF, "Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting", *Innocenti Digest*, vol. 12 (2005).

<sup>85</sup> См. WHO, "Female genital mutilation and other harmful practices", Factsheet No. 241 (2008).

<sup>86</sup> В этой связи заслуживает упоминания случай, когда политические оппоненты одной из женщин-парламентариев в Кении выступили против того, чтобы она выставила свою кандидатуру на выборах в 2002 году, на том основании, что она не подверглась клитородектомии. IRIN (2005), Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *Africa: When Culture Harms The Girls — The Globalization of Female Genital Mutilation* (2005).

<sup>87</sup> См. A/CONF.177/20, para. 89.

<sup>88</sup> См. мнения Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин, CEDAW/C/36/D/2004; ; *K. H. and Others v. Slovakia*, Appl. No. 32881/04, European Court of Human Rights, 2009.

<sup>89</sup> См. A/54/38, paras. 20 and 31.

<sup>90</sup> См. A/54/38, para. 21.

<sup>91</sup> См. A/CONF.171/13.

ного здоровья, включая проведение обязательных обследований на наличие заболеваний, передаваемых половым путем, или тестирования на беременность в качестве предварительного условия найма на работу<sup>92</sup>. В Пекинской платформе особо говорится о праве женщины принимать решения в отношении своего репродуктивного здоровья и репродуктивных функций без какой-либо дискриминации, принуждения или насилия, а в Программе действий, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), предусмотрены меры по защите права свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рожденьями<sup>93</sup>. Принудительная стерилизация, когда она совершается в рамках широкомасштабного или систематического нападения, представляет собой преступление против человечности<sup>94</sup>.

58. Запрещено введение лицами или государствами ограничений на репродуктивную свободу в качестве метода планирования семьи, профилактики ВИЧ/СПИДа или по любым другим соображениям охраны здоровья населения. Государства должны обеспечивать, чтобы законы защищали права женщин на независимость и самостоятельное принятие решений и не предусматривали возможности получения согласия от ее супруга, а также срочно принять меры для искоренения вредных обычаев, таких как калечащие операции на женских половых органах<sup>95</sup>.

59. Важнейшую роль в обеспечении доступа женщин к надлежащей информации, прежде всего информации об обратимых методах планирования семьи<sup>96</sup>, играют медработники, поэтому необходимо обеспечивать их надлежащую подготовку и вести среди них информационно-разъяснительную работу в этой области. Медперсонал должен по возможности сотрудничать с женскими группами, которые работают на местном уровне и оказывают содействие в распространении информации, консультировании, расширении прав и возможностей женщин и проведении общественно-информационной работы по вопросам гендерного равенства.

60. Указания в отношении мер в случае резус-конфликта матери и плода должны предусматривать эффективное использование всех имеющихся возможностей для надлежащего консультирования и оказания всесторонней поддержки с привлечением женских сетей в целях ослабления ограничений на самостоятельное принятие женщиной решения и смягчения потенциальных отрицательных последствий для ребенка<sup>97</sup>.

<sup>92</sup> См. A/54/38, para. 22.

<sup>93</sup> См. A/CONF.171/13.

<sup>94</sup> См. пункт 1(g) статьи 7 Римского статута МУС, A/CONF.183/9.

<sup>95</sup> См. статью 5 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин; замечание общего порядка № 14 Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин.

<sup>96</sup> См. FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, "Ethical considerations in sterilization", *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynaecology* (2006), p. 74.

<sup>97</sup> См., например, Open Society Institute, *Women, Harm Reduction and HIV* (2007).

## D. Этнические меньшинства

61. Этнические меньшинства, а также мигранты, могут подвергаться повышенной опасности ущемления их права на автономию по причине языковых и культурных барьеров. В особенно уязвимом положении находятся беженцы и лица, ищущие убежища, после того как они оказываются лишены защиты государства происхождения.

62. Обязательное, или плановое, тестирование лиц, ищущих убежища, беженцев, ВПЛ и других соответствующих лиц на ВИЧ/СПИД представляет собой нарушение прав человека и не может быть оправдано соображениями охраны здоровья населения<sup>98</sup>. Такое тестирование приводит к тому, что иммигранты не стремятся своевременно обращаться за необходимой медицинской помощью, опасаясь депортации и дискриминации. Обязательная вакцинация женщин-иммигрантов от вируса папилломы человека<sup>99</sup> также представляет собой дискриминационную практику. Любые такие процедуры могут применяться в отношении мигрантов только при соблюдении тех же норм, которые действуют в отношении граждан соответствующей страны, на недискриминационной основе.

63. Все меньшинства, включая беженцев и трудящихся-мигрантов, пользуются защитой от дискриминации в сфере здравоохранения<sup>100</sup>.

64. Государства должны принимать меры с целью обеспечить наличие, доступность и приемлемость информации и услуг в области охраны здоровья для всех меньшинств, гарантируя перевод на их языки и учет их культурных особенностей, а также проводя информационно-разъяснительную работу в целях борьбы с дискриминацией<sup>101</sup>.

## E. Коренные народы

65. Традиционные нормы, касающиеся коллективной автономии, а также упоминавшиеся выше языковые и культурные барьеры, обуславливают необходимость уделения особого внимания защите права лиц, принадлежащих к коренным народам, на осознанное согласие. Коренные народы подвергаются повышенной опасности при проведении медицинских исследований с участием их общин из-за использования ненадлежащих стимулов и существенного дисбаланса власти.

<sup>98</sup> См. UNHCR, "10 Key Points on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs, and Other Persons of Concern".

<sup>99</sup> См. United States Citizenship and Immigration Services, I-693, Report of Medical Examination and Vaccination Record.

<sup>100</sup> См. Конвенцию 1951 года о статусе беженцев и Протокол к ней, принятый в 1967 году; Международную конвенцию 1990 года о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей; замечание общего порядка № 20 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, пункт 15.

<sup>101</sup> См., например, European Centre for Social Welfare Policy and Research, *Access to health care for migrants, ethnic minorities, and asylum seekers in Europe* (2009).

66. Равное право коренных народов на здоровье, провозглашенное во всех соответствующих международных договорах о правах человека и, более того, прямо закрепленное в пункте 2 статьи 24 Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных народов, включает, в том числе, и принцип осознанного согласия.

67. В автохтонных общинах, где поощрение индивидуального согласия в ущерб традиционному коллективному согласию может нанести ущерб эффективному оказанию услуг в области здравоохранения, следует уделять особое внимание соблюдению укоренившихся традиций и обычаев при условии ясно выраженного согласия отдельных лиц с любыми из них. В тех же общинах, где особо ценятся доверительные отношения с одним и тем же врачом, следует сводить к минимуму ротацию медработников.

68. В соответствии с принципами ВОЗ для целей проведения медицинских исследований необходимо запрашивать, в том числе неоднократно с периодическими интервалами, согласие общепризнанных представителей общины в соответствии с порядком старшинства в ней<sup>102</sup>. Однако это должно делаться отдельно от получения согласия у отдельных лиц, которое в этом случае имеет первостепенное значение<sup>103</sup>. Любые возникающие проблемы должны решаться на обоих уровнях<sup>104</sup>. При этом следует обращаться за помощью к головной организации, в которую входит соответствующая община на добровольных началах, если таковая имеется и если это не повлечет за собой конфликта интересов.

## **Г. Инвалиды**

69. Инвалиды часто необоснованно считаются недееспособными или представляющими опасность для самих себя и для других людей. Такие предвзятые взгляды вкупе с существующими законами и практикой, которые ограничивают их дееспособность, часто ущемляют их право на осознанное согласие<sup>105</sup>.

70. Во многих государствах, независимо от наличия или отсутствия соответствующей правовой базы, по-прежнему допускается продолжительное содержание лиц с психическими расстройствами в специальных учреждениях без их свободного и осознанного согласия<sup>106</sup>.

<sup>102</sup> См. WHO, *Indigenous peoples and participatory health research* (2009).

<sup>103</sup> См. Canadian Institutes for Health Research, *CIHR Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People* (2007).

<sup>104</sup> См. WHO, *Indigenous peoples and participatory health research* (2009).

<sup>105</sup> См. A/58/181.

<sup>106</sup> См. A/63/175.

71. В разных районах мира были документально зафиксированы случаи принудительной стерилизации девочек<sup>107</sup> и женщин-инвалидов<sup>108</sup>, и такое предложение даже вынесено в настоящее время в Руанде<sup>109</sup>. Инвалиды, включая детей, по-прежнему становятся объектами медицинских экспериментов без их согласия на это<sup>110</sup>.

72. Согласно положениям Конвенции о правах инвалидов наличие у лица инвалидности не может по закону служить основанием для лишения его свободы, в том числе для отказа ему в праве на осознанное согласие<sup>111</sup>. Государства должны обеспечивать равное признание дееспособности инвалидов, уход за ними на основе их осознанного согласия и их защиту от проведения экспериментов над ними без их согласия, а также не допускать их эксплуатации и гарантировать уважение их физической и психической неприкосновенности<sup>112</sup>. Государства обязаны оказывать инвалидам (если необходимо, постоянно) любую требующуюся им поддержку, в том числе всестороннюю, в реализации ими своей дееспособности в максимально возможной степени<sup>113</sup>. Это особенно актуально, когда речь идет о предоставлении и обеспечении понимания информации, как об этом говорится в замечании общего порядка № 20 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, в котором подчеркивается важность оказания поддержки лицам с сенсорными нарушениями<sup>114</sup>.

73. Меры и законы, санкционирующие принудительное лечение, не преследующее терапевтической цели или направленное на коррекцию или уменьшение степени инвалидности, включая стерилизацию, аборт, электрошоковую терапию и инвазивную психотропную терапию без медицинских показаний, являются нарушением права на физическую и психическую неприкосновенность и могут представлять собой пытку или жестокое обращение<sup>115</sup>.

74. С недееспособными инвалидами следует обращаться в соответствии со стандартами, применимыми в аналогичных обстоятельствах в отношении всех инвалидов. Механизмы всесторонней помощи в принятии решения и даче согласия (как и в любых других случаях) применяются только тогда, когда было авторитетно установлено, что они необходимы для реализации соответствующим лицом своей дееспособности.

## **Г. Лица, инфицированные ВИЧ и больные СПИДом**

75. Как об этом говорилось в раздел III, ВИЧ-инфицированные или больные СПИДом часто узнают об этом в результате принудительного тестирования. Впоследствии на них навешивается позорный ярлык, из-за чего они не стре-

<sup>107</sup> См. Independent Expert for the Secretary-General's Study on Violence against Children, *World Report on Violence against Children* (2009).

<sup>108</sup> См. фактологический бюллетень по вопросам инвалидов (2009), размещенный на сайте, UN Enable, "Factsheet on Persons with Disabilities" (2009).

<sup>109</sup> См. Human Rights Watch, "Compulsory HIV testing, sterilization of disabled violate rights", Human Rights Watch Press Release (2009).

<sup>110</sup> См. A/63/175, пункт 40.

<sup>111</sup> См. статьи 14 и 25 Конвенции о правах инвалидов.

<sup>112</sup> См. статьи 12, 15, 16, 17 и 25 Конвенции о правах инвалидов.

<sup>113</sup> См. A/HRC/10/48, пункт 43.

<sup>114</sup> См. E/C.12/GC/20.

<sup>115</sup> См. A/63/175, пункты 40 и 48.



маться обратиться за необходимой помощью, что подрывает долгосрочную эффективность усилий, направленных на профилактику и лечение<sup>116</sup>. Отсутствие доступа к информации и относительное бесправие общин, к которым принадлежат участвующие в клинических исследованиях люди с ВИЧ/СПИДом (особенно когда такие испытания проводятся среди уязвимых групп населения), еще больше ставят под угрозу осуществление такими людьми своего права на осознанное согласие.

76. Примерами нарушений являются принудительное тестирование, стерилизация и аборты, а также нарушение конфиденциальности при работе с женщинами, инфицированными ВИЧ или больными СПИДом<sup>117</sup>. Клинические исследования, проводящиеся среди инфицированных ВИЧ или больных СПИДом беременных женщин, работников сферы сексуальных услуг и наркоманок, вызывают ряд вопросов этического характера<sup>118</sup>, связанных, помимо прочего, с тем, что они не получают достаточной информации.

77. В Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека подчеркивается необходимость защиты права лиц, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом, на осознанное согласие, особенно в вопросах, касающихся их сексуального и репродуктивного здоровья<sup>119</sup>. Директивы, регулирующие порядок проведения исследований, связанных с ВИЧ, прямо предусматривают требование об осознанном согласии их участников, в том числе на проведение любого тестирования<sup>120</sup>.

78. Предоставление необходимой информации при получении согласия на добровольное прохождение лечения от ВИЧ/СПИДа включает доступ к медицинским консультациям для содействия пониманию важности соблюдения режима лечения в долгосрочной перспективе. К разработке и оказанию услуг и к усилиям, направленным на соблюдение принципа осознанного согласия, следует, по возможности, привлекать совокупности людей, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом.

## Н. Лица, лишённые свободы

79. Лица, лишённые свободы, часто становятся жертвами нарушения их прав, выходящего за рамки ограничений, необходимость которых обусловлена фактом тюремного заключения. Широкая распространенность психических расстройств и наркотической зависимости в тюрьмах еще больше усугубляет их положение. Условия содержания под стражей и неизбежная разница в положе-

<sup>116</sup> См., например, P. Nieburg et al., *Expanded HIV Testing*. Center for Strategic and International Studies (2005); A. Welbourn, (2008); S. Maman et al., "High rates and positive outcomes of HIV-serostatus disclosure to sexual partners... in Dar es Salaam, Tanzania," *AIDS and Behavior*, vol. 7, issue 4 (2003), pp. 373–382.

<sup>117</sup> См. International Community of Women living with HIV/AIDS, *The forced and coerced sterilization of HIV positive woman in Namibia* (2009); Centre for Reproductive Rights, *Forcibly sterilized woman files international case against Chile* (2009).

<sup>118</sup> См. UNAIDS, "Meeting ethical concerns over HIV trials", (2007); E. J. Mills et al., "Designing research in vulnerable populations: lessons from HIV prevention trials stopped early", *BMJ*, vol. 33 (2005), pp. 1403–1406.

<sup>119</sup> УВКПЧ и ЮНЭЙДС, «Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека» (2006 год).

<sup>120</sup> См. UNAIDS/WHO, *Ethical considerations in HIV prevention trials* (2007).

нии работников тюрем и заключенных могут приводить к оказанию на последних ненадлежащего влияния при принятии ими решений. Тот факт, что на заключенных разрешается проводить медицинские опыты, вызывает серьезную обеспокоенность еще со времен Нюрнбергского процесса, прежде всего по той причине, что в качестве стимула заключенным иногда предлагается амнистия. Особая защита необходима узникам совести, поскольку они иногда используют отказ от своих прав в качестве узаконенной формы протеста.

80. Права заключенных не могут ограничиваться больше, чем это необходимо в силу факта заключения в тюрьму, и это, в том числе, касается и права на здоровье, которым пользуются свободные люди, и права не подвергаться исследованиям, имеющим отрицательные последствия для здоровья<sup>121</sup>. Военнопленным также должны предоставляться «полные гарантии в отношении гигиены и сохранения здоровья», что включает, в том числе, право на осознанное согласие<sup>122</sup>. Проводить на военнопленных опыты, не обусловленные медицинской необходимостью, запрещено<sup>123</sup>.

81. В большинстве стран, несмотря на наличие соответствующего законодательства, принудительные обследования на практике по-прежнему проводятся, как, например, в Соединенном Королевстве, где в соответствии с Законом о тюрьмах заключенных обследуют на предмет употребления наркотиков<sup>124</sup>. Такие обследования, как правило, не увязаны с лечением, и государства должны упразднить такие меры и обеспечивать защиту прав заключенных в установленном законом порядке.

82. Заключенные, которые участвуют в исследованиях, связанных с ВИЧ/СПИДом, рискуют стать жертвами стигматизации и дискриминации по причине несоблюдения конфиденциальности в тюрьмах<sup>125</sup>. В директивах по этической экспертизе исследований, проводящихся в тюрьмах, следует учитывать тот факт, что на деле в тюрьмах принуждение широко распространено.

83. Заключенные, участвующие в голодовках, часто подвергаются насильственному кормлению и переводятся на строгий режим содержания<sup>126</sup>. Запрет на насильственное кормление участников голодовок, включая заключенных, без их согласия был закреплен в Токийской декларации (1975 год) и Мальтийской декларации (1991 год) Всемирной медицинской ассоциации.

<sup>121</sup> См. принципы 5 и 9 «Основных принципов обращения с заключенными» (резолюция 45/111 Генеральной Ассамблеи); резолюция 43/173 Генеральной Ассамблеи.

<sup>122</sup> См. статью 22 третьей Женевской конвенции (1949 год).

<sup>123</sup> См. статью 130 третьей Женевской конвенции (1949 год); резолюцию 61/30 Генеральной Ассамблеи.

<sup>124</sup> См. UK Prisons Act (1994).

<sup>125</sup> См. N.N. Dubler and V. W. Sidel, "On research on HIV infection and AIDS in correctional institutions", *The Milbank Quarterly*, vol. 67, issue 2 (1989), pp. 171–207.

<sup>126</sup> См. D.J. Nicholl et al., "Forcefeeding and restraint of Guantanamo Bay hunger strikers", *The Lancet*, vol. 367 (2006), p. 811.

84. У казенных заключенных иногда без их предварительного согласия изымаются органы. В частности, дача согласия на донорскую передачу органов полагается в тех случаях, когда семья казенного не забирает его тело<sup>127</sup>. Всемирная организация здравоохранения осудила такую практику<sup>128</sup>, и государства должны немедленно положить ей конец.

## I. Работники сферы сексуальных услуг

85. Работники сферы сексуальных услуг и их семьи в результате их стигматизации, дискриминации и стереотипных представлений о них как о разносчиках болезней, часто не имеют возможности осуществлять свои основные гражданские права и подвергаются принудительным обследованиям и лечению. Подходы, предусматривающие обязательное, принудительное и, иногда, регулярное обследование и лечение, не учитывают последствия и того, что, подвергаясь стигматизации, дискриминации, насилию и находясь в зависимом положении, такие лица предпочитают не настаивать на применении предохранительных средств во время секса и не обращаться за медицинской помощью. Обязательные обследования и лечение не только не устраняют или хотя бы как-то изменяют подчиненное положение работников сферы сексуальных услуг, но и еще больше усиливают их стигматизацию.

86. Иногда по соображениям охраны здоровья населения такие лица подвергаются обязательному обследованию на предмет заболеваний, передающихся половым путем, и тестированию на ВИЧ/СПИД, чтобы затем в случае положительного результата подвергнуться лечению, сопровождающемуся карательными мерами<sup>129</sup>. Работники сферы сексуальных услуг из некоторых стран сообщают о том, что обязательное тестирование на ВИЧ/СПИД является условием оказания любого рода медицинской помощи<sup>130</sup>. Все это может лишать их мотивации к тому, чтобы переходить от этапа обследования и обращения в медицинское учреждение к этапу лечения и ухода<sup>131</sup>.

87. Следует пересмотреть сложившиеся процедуры и практику с целью обеспечить доступ работников сферы сексуальных услуг к информации и услугам в области охраны здоровья на основе оказания им поддержки и привлечения к

<sup>127</sup> См. Human Rights Watch-Asia, "Transplant organs removed without executed prisoners' consent", 20 April 2006; T. Diflo, "Use of organs from executed prisoners", *The Lancet*, vol. 364 (2004), pp. 30–31.

<sup>128</sup> См. резолюцию Всемирной организации здравоохранения по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов, принятую на сорок шестой сессии генеральной ассамблеи Всемирной медицинской ассоциации (1994 год).

<sup>129</sup> См. International Gay and Lesbian Human Rights Commission, *Transvestite Sex Workers suffer Arbitrary Arrest, Forced HIV testing and other Indignities* (2000); Center for Advocacy on Stigma and Marginalization, *Rights-based sex worker empowerment guidelines? An Alternative HIV/AIDS Intervention Approach to the 100% Condom Use Programme* (2008).

<sup>130</sup> См. WHO and the Global Coalition on Women and AIDS, *Violence against sex workers and HIV prevention* (2005).

<sup>131</sup> См. Center for Advocacy on Stigma and Marginalization (2008), *Rights-based sex worker empowerment guidelines? An Alternative HIV/AIDS Intervention Approach to the 100% Condom Use Programme* (2008).

этой работе сообществ по защите их прав, способных обеспечить конфиденциальность и реализацию права на осознанное согласие, а также укреплять сети работников сферы сексуальных услуг в части защиты их права на здоровье<sup>132</sup>.

## Ж. Потребители наркотиков

88. Часто считается, что потребители наркотиков представляют опасность для самих себя и не способны принять «верное» решение. Запреты в отношении их действий ставят под угрозу их способность отказываться от обследования и лечения. Право на осознанное согласие ущемляется в тех случаях, когда принудительное обследование на предмет употребления наркотиков и алкоголя ведет к принудительному лечению.

89. Принудительное лечение от наркозависимости, помимо того, что оно, как правило, является неэффективным<sup>133</sup>, часто ведет к рецидиву<sup>134</sup> и подрывает мотивацию пациентов<sup>135</sup>, часто сопровождается продолжительной изоляцией<sup>136</sup>, задержанием без надлежащего судебного надзора и введением правительством ограничений, нарушающих право на неприкосновенность частной жизни<sup>137</sup>. В некоторых странах потребители наркотиков подвергаются принудительному лечению и тестированию на ВИЧ/СПИД<sup>138</sup>, а также так называемой «терапии», которая представляет собой жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение или наказание, одобренное на общенациональном уровне в соответствии с действующей нормативно-правовой базой в области борьбы с наркотиками<sup>139</sup>. Лицам, проходящим лечение от наркозависимости, часто не сообщается о том, какова его природа и продолжительность и не проводится ли оно в порядке эксперимента<sup>140</sup>. Условия содержания в центрах принудительного лечения часто создают дополнительную угрозу для здо-

<sup>132</sup> См. WHO and the Global Coalition on Women and AIDS (2005), *Violence against sex workers and HIV prevention* (2005).

<sup>133</sup> См. Health Services Assessment Collaboration, "The Effectiveness of Compulsory, Residential Treatment of Chronic Alcohol or Drug Addiction in Non-Offenders", *INAHTA Briefs*, issue 38 (2008).

<sup>134</sup> См. M.-L. Brecht et al., "Coerced treatment for methamphetamine abuse: differential patient characteristics and outcomes", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 3 (2005), pp. 337–356.

<sup>135</sup> См., например, T. Wild et al., "Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants", *Addictive Behaviours*, vol. 23, issue 1 (1998), pp. 81–95; J. Platt et al., "The prospects and limitations of compulsory treatment of drug addiction", *Journal of Drug Issues*, vol. 18, issue 4 (1988), pp. 505–525; A. Stevens et al., "Quasicompulsory treatment of drug dependent offenders: an international literature review", *Substance Use and Misuse*, vol. 40 (2005), pp. 269–283.

<sup>136</sup> См. WHO Western Pacific Region, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (2009).

<sup>137</sup> См. Open Society Institute, *Human rights abuses in the name of drug treatment: Reports from the field* (2009).

<sup>138</sup> См. J.E. Cohen and J. J. Amon, "Health and Human Rights Concerns of Drug Users in Detention in Guangxi Province, China", *PLoS Med*, vol. 5, issue 12 (2008), p. 234.

<sup>139</sup> См. R. Pearshouse, "Patients, not criminals? An assessment of Thailand's compulsory drug dependence treatment system", *HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 14, issue 1 (2009).

<sup>140</sup> См. Open Society Institute, *Human rights abuses in the name of drug treatment: Reports from the field* (2009).

ровья по причине частых контактов с инфекционными больными<sup>141</sup> и нехватки квалифицированного персонала, способного оказать экстренную помощь и обеспечить надлежащий врачебный контроль за ходом лечения от наркозависимости<sup>142</sup>.

90. Обращение с потребителями наркотиков как с преступниками является контрпродуктивным с точки зрения реализации права на здоровье. Государствам следует внести изменения в законы, которые содействуют криминализации по итогам принудительных обследований. Любые регулярные обследования на предмет употребления наркотиков и алкоголя должны проводиться с согласия соответствующего лица, что позволит создать надлежащие условия для консультирования и лечения, а также осуществляться на недискриминационной, транспарентной и инклюзивной основе. Процедуры обследования и лечения должны предусматривать обращение с наркозависимыми лицами как с любыми другими больными<sup>143</sup>.

91. В директивах, касающихся лечения наркотической зависимости, должно быть закреплено требование о том, что любое такое лечение должно проводиться с согласия пациента научно обоснованными методами (например, путем заместительной терапии опиоидной зависимости), а также предусмотрена необходимость надлежащей подготовки персонала. Должны быть поставлены под запрет методы лечения, не опирающиеся на научные данные, и необходимо расширять возможности для добровольного прохождения лечения и улучшать доступ к ним маргинализированных групп населения.

## V. Выводы и рекомендации

92. Хотя принцип осознанного согласия, как правило, закреплен в нормативно-правовых документах на национальном уровне, властный дисбаланс, обусловливаемый разницей в положении врача и пациента, а также исследователя и объекта исследования, в результате чего последний доверяется первому и не может соперничать с ними по части глубины знаний и опыта, приводит к тому, что этот принцип по-прежнему часто нарушается в системе здравоохранения в целом и ставит под угрозу работу всей цепочки добровольных медицинских услуг в частности. Структурное неравенство, усугубляемое стигматизацией и дискриминацией, приводит к тому, что представители некоторых групп особенно сильно страдают от несоблюдения их права на осознанное согласие.

93. Соблюдение принципа осознанного согласия — это один из важнейших аспектов права на здоровье, требующий таких стратегий, практики и процедур, которые обеспечивали бы уважение личной автономии, самоопределения и человеческого достоинства индивидуума. Благоприятная среда, в которой осознанному согласию придается первостепенное значение, предполагает объединение консультирования, обследования и лечения в

<sup>141</sup> См. R. Pearshouse, "Patients, not criminals? An assessment of Thailand's compulsory drug dependence treatment system", *HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 14, issue 1 (2009).

<sup>142</sup> См. WHO Western Pacific Region, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (2009).

<sup>143</sup> См. A/HRC/10/44.

непрерывную цепочку эффективных медицинских услуг. Такая цепочка, в свою очередь, является одной из главных черт правозащитного подхода к охране здоровья. Как следствие, обеспечение соблюдения принципа осознанного согласия во всех звеньях цепочки медицинских услуг входит в число обязанностей государств и третьих сторон, участвующих в усилиях, направленных на обеспечение уважения, поощрение и реализацию права на здоровье. Для этого государства должны обеспечивать, чтобы: а) медицинская информация всегда имела в наличии, была приемлемой, доступной и очень качественной; и б) передавалась и понималась с помощью мер поддержки и защиты, таких как консультирование и работа общественных сетей.

94. Поэтому Специальный докладчик рекомендует государствам рассмотреть вопрос о том, получили ли отражение их обязательства соблюдать принцип осознанного согласия как один из важнейших элементов права на здоровье в их нормативно-правовой базе и в работе их судебных и административных механизмов, включая стратегии и практические меры борьбы с нарушениями. В частности, государства должны обеспечивать защиту уязвимых групп в соответствии с требованиями, содержащимися, в том числе, в Женевских конвенциях, Конвенции о правах ребенка, Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенции о правах инвалидов. Особое внимание должно уделяться защите прав инвалидов на основе признания их дееспособности.

95. Государства должны обеспечивать осуществление правовых и административных норм, стратегий и практических мер в этой области, отслеживать их эффективность и укреплять соответствующий потенциал работников медицинских учреждений, исследовательских учреждений и других заинтересованных ведомств. Это предусматривает ликвидацию препятствий на пути их реализации на уровне общин, а также препятствий, уходящих корнями в социально-культурные традиции и обычаи, прежде всего гендерного неравенства.

96. Любые ограничения на применение принципа осознанного согласия и связанных с ним элементов непрерывной цепочки медицинских услуг, продиктованные соображениями охраны здоровья населения, должны критически изучаться с целью обеспечить: а) полное уважение прав и свобод личности; и б) уделение приоритетного внимания непрерывности процесса консультирования, обследования и лечения.

97. Государства должны следить за тем, чтобы принципу осознанного согласия уделялось приоритетное внимание в медицинских исследованиях и чтобы соответствующими процедурами предусматривались механизмы по содействию постоянному предоставлению и разъяснению информации, а также возможность отказа от участия. Комитеты по этической экспертизе должны в срочном порядке разработать дополнительные гарантии о двойных стандартах, применение которых может приводить к несоблюдению принципа осознанного согласия в развивающихся странах.

98. Повышенное внимание должно уделяться особым потребностям уязвимых групп населения, в соответствии с которыми должна быть проведена информационная работа и работа медицинских учреждений, к конструктивному участию в которой необходимо привлекать представителей

таких групп и организации, отстаивающие их интересы. Для недопущения дискриминации государства должны: а) активно выявлять и искоренять структурные причины уязвимости, стигматизации и дискриминации; и b) по итогам этой работы разрабатывать и применять инструменты и механизмы, необходимые для защиты уязвимых групп. Специальный докладчик обращает внимание на соответствующие рекомендации, содержащиеся в различных частях настоящего доклада.

99. Соблюдение принципа осознанного согласия во всех звеньях цепочки медицинских услуг должно быть важнейшим элементом оценки тех данных, которые используются при разработке стратегий и практических мер в области оказания медицинских услуг и постановки и достижения целей в сфере здравоохранения.

100. При распределении глобальной финансовой и технической помощи на цели здравоохранения в контексте многостороннего и двустороннего сотрудничества должна обязательно учитываться важность формулирования и соблюдения требования дачи осознанного согласия во всех звеньях непрерывной цепочки медицинских услуг и оказываться поддержка в создании соответствующих механизмов.

101. Необходимо разработать механизмы мониторинга для отслеживания случаев нарушения принципа осознанного согласия в цепочке медицинских услуг. Целесообразно создать на местном, региональном и международном уровнях механизмы правовой защиты для привлечения к ответственности лиц, которые своими действиями ущемляют человеческое достоинство и покушаются на автономию личности в рамках системы здравоохранения и недопущения новых нарушений.