



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
16 July 2019
Russian
Original: English

Семьдесят четвертая сессия

Пункт 72 (b) первоначального перечня*

**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 Генеральной Ассамблее доклад Дайнюса Пураса, Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, представленный в соответствии с резолюциями Совета по правам человека 6/29 и [33/9](#).

* [A/74/50](#).



Резюме

Специальный докладчик поощряет внедрение основанного на принципах прав человека медицинского образования. Он ведет работу по разъяснению того, какое воздействие могут оказывать на работников здравоохранения основанные на правах человека подходы к медицинскому образованию начиная с вопросов отбора учащихся до используемых учебных программ и выбора места обучения и заканчивая последующим трудоустройством в системах здравоохранения. Интеграция прав человека в медицинское образование может помочь медицинским работникам избавиться от свойственных им моделей дискриминационного поведения и отношений.

Специальный докладчик видит свою задачу не в дублировании глобальных усилий по преодолению кризисной ситуации в области медицинских кадров и тиражировании материалов, написанных по этому вопросу, а в демонстрации воздействия, которое могут оказать основанные на правах человека подходы к медицинскому образованию и другим видам медико-санитарного просвещения. Он выясняет параметры медицинского образования в его нынешнем виде, которые ограничивают способность медицинских работников функционировать эффективно и играть отводимую им исключительно важную роль в деле поощрения, уважения и осуществления права на физическое и психическое здоровье. Он описывает некоторые структурные элементы, которые непосредственно влияют на способность медицинских работников выполнять лежащие на государствах обязанности по реализации права на здоровье, касающиеся обеспечения доступности, приемлемости и хорошего качества медицинского обслуживания, одновременно распространяя концепцию права на здоровье на самих работников сферы здравоохранения, с тем чтобы определить те вопросы, которые могут расширять или ограничивать их способность функционировать эффективно.

Промежуточный доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	4
II. Контекст	7
A. Развитие первичного медико-санитарного обслуживания в качестве основы системы медицинского обслуживания	9
B. Биомедицинская парадигма	10
C. Асимметрии властных полномочий	11
D. Медицинское образование	12
E. Согласование медицинских учебных программ и национальных стратегий охраны здоровья	13
III. Наличие эффективной рабочей силы требует эффективных систем здравоохранения	15
A. Медицинские услуги и учреждения	16
B. Медицинские товары, основные лекарства, вакцины и технологии	16
C. Информационные системы в области здравоохранения	17
D. Финансирование здравоохранения	17
E. Руководство и управление	17
F. Коррупция в сфере здравоохранения	18
IV. Основанный на правах человека подход к укреплению кадрового состава медицинских работников	18
A. Равенство и недопущение дискриминации	19
B. Участие	19
C. Постоянная поддержка и обучение тех, кто находится в отдаленных местах и не обладает властью	20
D. Руководство медицинскими работниками	20
E. Международная помощь и сотрудничество	21
F. Подотчетность	21
V. Актуальные вопросы	21
A. Международная помощь в деле укрепления кадрового состава медицинских работников	21
B. Подготовка кадров в области охраны психического здоровья	22
C. Психические заболевания как биологически определенные заболевания, а не последствия социальных и экологических факторов риска	23
D. Стандарты охраны психического здоровья, определяемые одной группой специалистов	24
E. Асимметрия властных полномочий, отражаемая в определениях	24
F. Изменения, необходимые для обучения в области психического здоровья	25
VI. Рекомендации и выводы	27

I. Введение

1. Медицинские работники являются важнейшим компонентом здоровых обществ и функционирующих систем здравоохранения, без них не может быть реализовано право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Все медицинские работники, независимо от того, где они работают — в деревнях или больницах при высших учебных заведениях — вносят свой вклад в обеспечение здоровья населения, и им требуются помощь, защита и поддержка. Вопросы о функциях, поддержке и зачастую плачевном положении медицинских работников ранее поднимались в рамках мандата Специального докладчика (см. [A/60/348](#)), в том числе в контексте психического здоровья (см. [A/HRC/35/21](#) и [A/HRC/35/21/Add.1](#)), борьбы с коррупцией ([A/72/137](#)) и достижения целей в области устойчивого развития ([A/71/304](#)).

2. Во всем мире медицинские работники трудятся в сложных, сопряженных с нехваткой ресурсов и порой опасных условиях, в которых имеют место нарушения прав человека, в том числе и их собственных прав. Наиболее серьезные трудности наблюдаются в тех случаях, когда оказание беспристрастной медицинской помощи считается преступлением¹, когда медицинские учреждения оказываются под обстрелом или когда медицинские работники подвергаются преследованиям за предоставление ухода, например в случае Эболы². В ситуациях, когда образование в области медицины и здравоохранения основано на правах человека, медицинские работники имеют возможность воспринимать возникающие трудности как проблемы прав человека, а самих себя — как движущую силу перемен и защитников прав человека. Такой подход к образованию позволяет привить медицинским работникам основополагающие принципы прав человека, такие как равенство, недопущение дискриминации и уважение человеческого достоинства всех людей, включая тех, с которыми они взаимодействуют в своей медицинской практике.

3. Настоящий доклад подготовлен на основе материалов, полученных от широкого круга заинтересованных сторон, включая представителей соответствующих структур Организации Объединенных Наций, гражданского общества и научных специалистов. Специальный докладчик также получил ряд письменных документов со всех континентов и выражает всем признательность за ценный вклад.

4. Социальные и основополагающие детерминанты здоровья, условия, в которых люди рождаются, растут, живут и работают, определяются распределением средств, возможностей и ресурсов. Эти детерминанты являются основной причиной неравенства в сфере здравоохранения и предотвратимых различий в состоянии здоровья³. Многие из проблем, существующих сегодня в системах здравоохранения, связаны с недостаточным вниманием, которое уделяется детерминантам и потребностям населения в ходе подготовки медицинских работников. В процессе медико-санитарного просвещения (включая медицинское

¹ Открытое заявление Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья по случаю второй годовщины принятия резолюции 2286 (2016) Совета Безопасности. URL: www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23225&LangID=E.

² J. Fairhead, "Understanding social resistance to the Ebola response in the Forest Region of the Republic of Guinea: an anthropological perspective", *African Studies Review*, vol. 59, No. 3, (December 2016), pp. 7–31.

³ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Комиссия по социальным детерминантам здоровья, «Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья» (Женева, 2008 г.)

образование и подготовку среднего уровня) следует подчеркивать, что осуществление права на здоровье не следует путать с обучением методам диагностики и лечения заболеваний/болезней. Для этого требуется нечто большее, чем простое предоставление качественного медицинского обслуживания для всех, поскольку при этом необходимо также учитывать детерминанты здоровья, включая неравенство, дискриминацию, насилие и экологические условия.

5. В настоящем докладе Специальный докладчик поощряет внедрение образования работников здравоохранения, основанного на принципах прав человека. Он поддерживает то воздействие, которое могут оказывать на медицинских работников подходы к медицинскому образованию, основанные на правах человека, будь то отбор учащихся, учебные программы, место проведения обучения или последующая работа в системах здравоохранения. Интеграция прав человека в медицинское образование может помочь медицинским работникам преодолеть свои собственные, присущие им модели дискриминационного поведения и отношений.

6. Общепринятый подход к медико-санитарному просвещению (т.е. подготовке врачей) основан на традиционной медицинской иерархии и биомедицинской парадигме, которая излишне сосредоточена на диагностике и лечении заболеваний и биомедицинских патологий, а не учитывает детерминанты здоровья и их известное воздействие на состояние здоровья человека. Это может приводить к несбалансированности и усугублять серьезность проблем в области эффективности работы систем здравоохранения, включая чрезмерную медикализацию, фрагментацию при оказании медицинской помощи, ослабление принципа «прежде всего не навреди» и асимметрии властных полномочий между врачами и пользователями услуг, а также между врачами и другими медицинскими работниками.

7. Медицинские работники, обученные применению основанных на правах человека подходов к здоровью человека, могут способствовать преобразованию систем здравоохранения и делать их более представительными, равноправными, всеобъемлющими, недискриминационными и оперативными. Чтобы научиться этому пониманию, медицинские работники должны проходить подготовку в среде, основанной на принципах прав человека, по учебным программам, основанным на таких принципах, и в условиях, максимально приближенных к тем условиям, в которых живут люди. Отдельные лекции или учебные курсы по изучению прав человека в сфере ухода за пациентами, преподаваемые в качестве самостоятельных вертикальных дисциплин, не могут обеспечить изменение культуры в сфере здравоохранения, которое необходимо для решения системных проблем, упомянутых выше.

8. Специальный докладчик признает и высоко оценивает многочисленные инициативы по модернизации медицинского образования путем интеграции основанных на правах человека подходов, общественного здравоохранения, а также социальных и основополагающих детерминантов здоровья. Однако они остаются скорее исключением, чем правилом. Он настоятельно призывает внести изменения в медико-санитарное просвещение, чтобы обеспечить преобразование кадров таким образом, который позволит преодолеть дефицит кадров и сделать медицинские услуги более доступными, приемлемыми и качественными. Он предостерегает все страны, и, в частности, страны с низким или средним уровнем дохода, от подражания традиционным иерархическим системам образования.

9. Глобальные медицинские кадры испытывает нехватку ресурсов как в отношении численности сотрудников, так и в вопросах их финансирования. Согласно оценке, данной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в ее

документе «Глобальная стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы, 2030 г.»⁴, в 2013 году имела место глобальная нехватка 17,5 миллионов медицинских работников, в том числе 2,6 миллионов врачей и свыше 9 миллионов медицинских сестер и акушерок. Прогнозируется, что к 2030 году глобальный дефицит кадров достигнет 14,5 миллионов человек, причем самая большая нехватка медицинских работников на основе потребностей будет наблюдаться в Юго-Восточной Азии и Африке.

10. Специальный докладчик приветствует «Глобальную стратегию», в которой ВОЗ отмечает направленность целей в области устойчивого развития на необходимость существенно увеличить финансирование здравоохранения, набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах, а также ее повышенное внимание к вопросам справедливости и всеобщего медицинского обслуживания, которые можно решить только за счет существенных и стратегических инвестиций в глобальные трудовые ресурсы в области медицины. В своей «Глобальной стратегии» ВОЗ утверждает, что медицинские кадры играют критическую роль в функционировании систем здравоохранения и реализации права на здоровье.

11. Учитывая глобальные усилия по урегулированию кризиса в области медицинских кадров, а также объем существующей литературы на эту тему, Специальный докладчик не будет дублировать эту работу, но постарается показать, какое влияние основанный на правах человека подход может оказать на образование в области здравоохранения. Он определяет те факторы, которые существуют в области медицинского образования в настоящее время и ограничивают возможность медицинских работников эффективно функционировать и выполнять свою важнейшую роль в деле поощрения, уважения и осуществления права на физическое и психическое здоровье.

12. В число этих факторов входит расширение понимания врачами плохого состояния здоровья и включение в него социальных элементов и детерминантов здоровья. При таком понимании медицинское просвещение должно выйти за рамки биомедицинских концепций плохого состояния здоровья и избавиться от чрезмерной зависимости от сектора здравоохранения при лечении всех нарушений здоровья. Специальный докладчик поощряет более коллективный, менее иерархический подход к трудовым ресурсам, при котором ценятся опыт и мнения всех работников здравоохранения. В существующей системе медицинские работники оцениваются иначе, главным образом исходя из продолжительности их обучения. Большинство систем здравоохранения дают врачам возможность участвовать в принятии решений на всех уровнях, в том числе в сфере ухода за больными, управления медицинскими учреждениями и осуществления муниципальных и национальных стратегий в области здравоохранения, поскольку в иерархической системе приоритетное внимание уделяется вопросам клинических знаний, основанных главным образом на медико-биологических показаниях. Основанный на правах человека подход к системам здравоохранения способствовал бы организации более представительных и инклюзивных процессов, в которых все участвующие в работе системы, включая пользователей услуг, получают признание и право голоса. Это позволило бы обеспечивать оптимальное функционирование кадровых ресурсов, при котором полнее использовались бы их подготовка и опыт, что в конечном итоге делало бы медицинские услуги более доступными. Специальный докладчик высоко оценивает большую и важную роль врачей в здравоохранении, а также и их клиническое руководство при

⁴ ВОЗ, *Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.* (Женева, 2016 г.)

принятии решений по диагностическим и терапевтическим вопросам. Кроме того, большое число решений принимается в рамках медицинского обслуживания, в том числе те, которые касаются стратегических, управленческих, диагностических, профилактических и терапевтических вопросов и которые могут эффективно возглавляться медицинскими сестрами и немедицинскими работниками.

13. Медицина не является точной наукой, и почти всегда имеется некоторая неопределенность относительно оптимального способа лечения какого-либо заболевания. Тем не менее, подготовка врачей укрепляет в них и пользователей услуг мнение о том, что они обладают знаниями и полномочиями для того, чтобы принимать все решения, в том числе не клинического характера, с определенностью и уверенностью. При этом врачи находятся под постоянным стрессом, что может приводить к нервному истощению.

14. Внутри этой иерархии существуют различия между врачами, занимающими самые высокие посты, и остальными медицинскими работниками и большинством других врачей, в том числе огромные различия в заработной плате и возможностях удерживать в своих руках власть и потенциально участвовать в коррупционной практике того меньшинства, которое находится на самом верху. Нарушения баланса сил, укоренившиеся в результате медицинской подготовки, дают возможность возникать системам коррупции и оказывают пагубное воздействие на осуществление права на здоровье, поскольку средства направляются на цели, не связанные с оказанием медицинской помощи и содействием развитию (см. [A/72/137](#)).

15. За последние несколько десятилетий в результате принятия хартий и установления прав пациентов во многих странах произошло расширение прав и возможностей тех, кто пользуется медицинскими услугами во всем мире. Этот процесс сопровождается впечатляющим сдвигом политики и услуг в области здравоохранения от культуры и практики патернализма в сторону культуры и практики партнерства. Такой акцент на медицинской этике и устранении асимметрий властных полномочий соответствует подходу, основанному на правах человека, и должен укрепляться. Этот сдвиг, однако, в большей степени касается расширения прав и возможностей пользователей и в меньшей — расширения прав и возможностей работников здравоохранения, не являющихся врачами. Кроме того, имеют место случаи, когда поддержку защитникам интересов пациентов оказывает фармацевтическая промышленность, тем самым сводя ее не к расширению прав и возможностей и защите прав потребителей, а к преследованию коммерческих интересов⁵. Многие медицинские работники по-прежнему подчинены врачам; эта асимметрия властных полномочий оказывает негативное влияние в профессиональном и личном отношениях и способствует убыли персонала. Система здравоохранения, основанная на соблюдении прав человека, позволит сократить дисбаланс в области властных полномочий между врачами и другими медицинскими кадрами, способствуя укреплению жизнеспособности и устойчивости трудовых ресурсов.

16. Настоящий доклад имеет особое значение для стран со средним и низким уровнем дохода, в которых число имеющих медицинских работников недостаточно для достижения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами. Большинство населения мира проживает в этих странах, где имеются самые большие потребности в области здравоохранения. Специальный докладчик призывает страны с низким или средним уровнем дохода пересмотреть свое отношение к копированию систем медицинского образования, зачастую

⁵ S. Rose, "Patient advocacy organizations: institutional conflicts of interest, trust, and trustworthiness", *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 41, No. 3 (2013), pp. 680–687.

унаследованных от их колониального прошлого, в которых действуют неприемлемые биомедицинские модели и иерархические системы.

II. Контекст

17. В 2013 году во всем мире имелось 9,8 млн врачей, 20,7 млн медсестер/акушеров и 13 млн «прочих» медицинских работников⁶. В категорию «прочие» входят стоматологи, работники аптек, лабораторий, специалисты в области окружающей среды и общественного здравоохранения, общинного и традиционного здравоохранения, управления здоровьем и его поддержки, а также все другие категории медицинских работников. Это означает, что на каждого работающего врача приходилось лишь 2,1 медсестер и 1,3 «прочих» работников.

18. По оценкам ВОЗ, к 2030 году, когда должен быть достигнут всеобщий охват населения медико-санитарными услугами в рамках целей в области устойчивого развития, будет иметь место нехватка 14,5 млн медицинских работников, в том числе 2,3 млн врачей, 7,6 млн медицинских сестер и 4,6 млн прочих работников⁷.

19. Согласно определению, данному в 2013 году Глобальным альянсом по трудовым ресурсам здравоохранения, «медицинские работники среднего звена представляют собой кадры, которые учились в течение 2-5 лет, чтобы приобрести базовые навыки в области диагностики, лечения распространенных нарушений здоровья и профилактики заболеваний»⁸. Альянс заключил, что работники среднего звена оказывают помощь столь же эффективно, как и врачи, и зачастую в большей степени учитывают запросы пользователей. В его докладе содержалось мнение о том, что более эффективное использование работников среднего звена может способствовать обеспечению более эффективного набора навыков у трудовых резервов и тем самым — смягчать последствия нехватки медицинских работников и расширять возможности стран в деле всеобщего охвата услугами здравоохранения или достижения значительного прогресса на пути к этой цели. В нем было отмечено, что проблемы, существующие в области политики, руководства и управления, ограничивают вклад, который могут внести работники среднего звена. Специальный докладчик согласен с этими замечаниями и считает, что работники среднего звена недооцениваются и используются в недостаточной степени, что является отражением структурных проблем, в том числе положений, допускающих только врачей к выполнению небольших процедур, для выполнения которых можно подготовить других работников, а также асимметрий властных полномочий, которые зачастую начинаются с медицинского образования.

20. Расходы на обучение и трудоустройство врачей гораздо выше, чем на обучение и трудоустройство медицинских сестер и других медицинских работников «среднего звена». Средняя стоимость одного выпускника оценивается в 113 000 долл. США для студентов медицинских учебных заведений и 46 000 долл. США для медицинских сестер, при этом удельная стоимость выше

⁶ P. Mahon и G. McPherson, “Explaining why nurses remain in or leave bedside nursing: a critical ethnography”, *Nurse Researcher*, vol. 22, No. 1 (2014), p. 41.

⁷ ВОЗ, *Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы*, 2030 г., стр. 44.

⁸ WHO, Global Health Workforce Alliance, 2013 “Mid-level health workers for delivery of essential health services: a global systematic review and country experiences”. URL: www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/mlp2013/en/.

всего в Северной Америке и ниже всего в Китае⁹. Поэтому наличие высокого соотношения между врачами и медицинскими работниками среднего звена оказывает существенное воздействие на бюджеты в области здравоохранения, а также на справедливое распределение медицинских работников, что является важным элементом обеспечения наличия услуг в области здравоохранения и их всеобщей доступности¹⁰.

А. Развитие первичного медико-санитарного обслуживания в качестве основы системы медицинского обслуживания

21. Эффективное использование медицинского персонала среднего звена происходит в тех системах здравоохранения, в которых не имеется чрезмерной зависимости от узких медицинских специалистов и признается, что болезнь не всегда требует исключительно медицинских мер реагирования с участием врачей. Первичная медико-санитарная помощь является краеугольным камнем и средством обеспечения устойчивости всех систем здравоохранения, которые эффективнее и рациональнее функционируют тогда, когда до 80% пользователей могут получать помощь на начальном уровне. При эффективном использовании первичной медико-санитарной помощи предотвращаются чрезмерная диагностика и избыточное лечение. Первичное медико-санитарное обслуживание и врачи общей практики имеют огромное значение для здоровья населения и реализации права на здоровье. Эффективное использование первичной медико-санитарной помощи позволяет направлять ресурсы на дорогостоящее лечение в серьезных и сложных медицинских случаях. Специальный докладчик ранее отмечал то, как системы здравоохранения могут повышать справедливость, эффективность, действенность и оперативность реагирования, укрепляя первичное медико-санитарное обслуживание и одновременно уменьшая необоснованное использование специалистов и стационарного лечения (см. [A/HRC/35/21/Add.2](#), п. 36). Он приветствует такие инициативы, как «Осмысленный выбор»¹¹, которые стимулируют пользователей услуг обсуждать с врачами выбор средств скрининга и диагностического тестирования, основанных на фактических данных, а также предотвращают проведение чрезмерных диагностических и терапевтических мероприятий.

22. При наличии большего равенства и разделения власти между системой первичной и вторичной медико-санитарной помощи и работниками становится легче привлекать, обучать, финансировать и удерживать работников системы первичной медико-санитарной помощи, если им оказывается достаточная поддержка. В тех случаях, когда эти условия выполняются, достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи становится более реалистичным. В странах с низким и средним уровнем дохода, испытывающих значительный дефицит кадров, должна цениться система первичной медико-санитарной помощи.

23. Несмотря на факты, показывающие, что врачи, работающие в системе первичной медико-санитарной помощи, не только улучшают показатели отдельных лиц и всего населения, но и ограничивают затраты, они, как правило,

⁹ Julio Frenk and others, "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world", *The Lancet*, vol. 376, No. 9756 (2010), pp. 1923 – 1958.

¹⁰ Gordon McCord, Anne Liu and Prabhjot Singh, "Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions", *WHO Bulletin*, vol. 91, No. 4 (2012) pp. 244–253.

¹¹ See www.choosingwisely.org/.

недооцениваются обществом. Такое восприятие усугубляется расхождением в оплате труда специалистов широкого и узкого профилей¹².

24. Крайне важно, чтобы медицинские работники имелись в наличии и были доступны для всех, для чего необходимо их справедливое распределение с учетом демографической ситуации в стране и могут потребоваться стимулы, побуждающие медицинских работников работать в сельских и недостаточно обслуживаемых районах.

25. Специальный докладчик призывает ВОЗ возобновить и активизировать ее глобальную стратегию, принятую в 1995 году и нацеленную на изменение медицинского образования и практики в интересах обеспечения здравоохранения для всех. В этой стратегии поддерживалась идея «пятизвездочных врачей», компетентных в пяти областях: предоставление медицинских услуг, принятие решений, общение, роль лидера в местном сообществе и управление. Отмечалось, что такое сочетание навыков является необходимым фактором, дающим системам здравоохранения возможность предоставлять качественное, экономически эффективное и справедливое медицинское обслуживание.

26. Комиссия журнала «Ланцет», занимавшаяся вопросами обучения медицинских специалистов в XXI веке, пришла к аналогичному выводу о том, что «роль лидера, управление, анализ политики и навыки общения — являются не только необходимыми, но и остающимися без внимания элементами учебных программ в сфере здравоохранения, позволяющими обеспечивать такую отдачу от вложенных средств»¹³. В своей стратегии пятизвездочных врачей ВОЗ утверждала, что в тех случаях, когда не имеется врачей, эти функции могут выполнять другие медицинские работники. Продвигая эту модель, она признавала, что в сфере здравоохранения существует фрагментация, в том числе между специалистами широкого и узкого профиля. В настоящее время ВОЗ занимается разработкой глобальной системы профессиональных качеств с целью всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами, в рамках которой она стремится выявлять навыки, необходимые на всех уровнях системы здравоохранения. Специальный докладчик приветствует эту систему, которая будет применяться ко всем медицинским работникам, прошедшим подготовку в течение 12 – 48 месяцев, независимо от рода их занятий, должности или функции¹⁴. Кроме того, ВОЗ призывает медицинские учебные заведения демонстрировать социальную ответственность в отношении соответствующей подготовки врачей, которые могут реагировать на первоочередные проблемы в области здравоохранения¹⁵.

В. Биомедицинская парадигма

27. Согласно оценкам, медицинское обслуживание занимает лишь 10–20 процентов изменяемых факторов, вносящих свой вклад в охрану здоровья населения¹⁶. Однако в системе традиционного медицинского образования существует сопротивление тому, чтобы при подготовке кадров меньше внимания уделялось

¹² Kathleen Klink, “Incentives for Physicians to Pursue Primary Care in the ACA Era”, *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 17, No. 7 (2015), pp. 637–646.

¹³ Richard Horton, “A new epoch for health professionals’ education”, *The Lancet* vol. 376, No. 9756 (2010), pp. 1875–1877.

¹⁴ ВОЗ, Глобальная система определения уровня компетентности для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, готовится к публикации в 2019 году.

¹⁵ Charles Boelen, “The five-star doctor: an asset to health care reform?” (WHO, Geneva, 1995). Available at www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf.

¹⁶ Hood, C. M., K. P. Gennuso, G. R. Swain and B. B. Catlin, “County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 50, No. 2 (2016), pp. 129–135.

вопросам медико-хирургического лечения и больше – детерминантам здоровья или, в более широком плане, подготовке меньшего числа врачей и большего числа работников среднего звена. Комиссия журнала «Ланцет» выявила несоответствие между компетентностью и потребностями отдельных людей и населения; слабое взаимодействие; сохраняющуюся гендерную стратификацию профессионального статуса; узкую техническую направленность без широкого понимания контекста; преобладание ориентации на больницы в ущерб оказанию первичной медико-санитарной помощи; количественные и качественные дисбалансы на профессиональном рынке труда; а также слабость руководства в деле повышения эффективности работы системы здравоохранения⁹.

28. Спустя почти 10 лет Специальный докладчик отмечает, что, хотя имеется мало свидетельств того, что эти проблемы решены в глобальном масштабе, он получил множество документов, в которых имеются ссылки на успешные подходы к решению некоторых из них. В документах подчеркивалось, что подготовка студентов-медиков не должна быть проводиться главным образом в «башнях из слоновой кости», изолированных от общин, в которых многие из них будут работать или к работе в которых их следует поощрять. Хорошая система здравоохранения не ограничивается анализом вопроса об излечимости или неизлечимости болезни, в ней рассматривается то, каким образом, по отношению к каждому человеку, можно улучшить качество здоровья, используя подходы, основанные на правах человека и фактических данных. Проведенные оценки показали, что подходы такого рода приносят пользу студентам-медикам и местным сообществам¹⁷.

С. Асимметрия властных полномочий

29. Неравное распределение властных полномочий, сопровождающее медицинскую иерархию, связано с биомедицинской парадигмой. Врачей учат обращать главное внимание на биомедицинские показатели, при этом наибольшей властью в системе здравоохранения обладают те из них, кто затратил больше всего времени на образование и обрел статус специалиста. Кроме того, руководители в сфере специализированной медицины зачастую получают политические назначения для направления политики в области здравоохранения. Специальный докладчик уже показывал ранее, как асимметрии властных полномочий вызывают повсеместную приоритетность специализированной медицины по сравнению с первичной медико-санитарной помощью и общественным здравоохранением (см. [A/HRC/35/21](#) и [A/72/137](#)). В результате таких асимметрий властных полномочий предпочтение отдается биомедицинским мерам вмешательства по сравнению с мерами, не относящимися к биомедицине; первоочередное значение придается некоторым дисциплинам, которые содействуют преобладанию в государственных медицинских исследованиях дорогостоящих биомедицинских технологий в ущерб социальным наукам; проводится чрезмерное количество диагностических и лечебных мероприятий и ограничивается пространство для участия гражданского общества в разработке политики в области здравоохранения. Помимо того, эти факторы сочетаются друг с другом, обеспечивая более широкие полномочия и престиж вопросам охраны физического здоровья по сравнению с охраной психического здоровья. Если врачи используют методы решения проблем здоровья, не учитывая права пациентов, включая их право на участие в принятии решений, то в конечном итоге такой дисбаланс властных полномочий может нанести ущерб пользователям услуг и системе

¹⁷ See www.aamc.org/download/479898/data/sdohwebinarslides.pdf.

здравоохранения¹⁸. Асимметрия властных полномочий связана с издевательскими и высокими показателями выбытия персонала¹⁹, что ставит под угрозу безопасность пользователей²⁰.

D. Медицинское образование

30. Медицинские учебные заведения влияют на отношение студентов к своим коллегам (включая всех медицинских работников), пользователям услуг и другим представителям данной общины, а также к делу общинного медицинского обслуживания и системе первичной медико-санитарной помощи. У медицинских школ имеются широкие возможности для того, чтобы поощрять относящиеся к правам человека принципы равенства, недопущения дискриминации и уважения человеческого достоинства, а также воспринимать медицинских работников как защитников прав в области здравоохранения, обладающих профессиональными качествами пятизвездочных врачей. Если бы медицинское образование пропагандировало концепцию прав человека в сфере ухода за больными, оно могло бы заложить масштабную основу для размышлений о том преобразовательном потенциале, которым образование в области прав человека обладает в сфере здравоохранения, поскольку оно имеет столь широкий охват. В эту концепцию входят межличностные отношения между пользователем и поставщиком услуг по оказанию медицинской помощи, однако при этом она охватывает и системные факторы и обязанности государств, которые формируют саму систему медико-санитарной помощи²¹.

31. Специальный докладчик приветствует существенный сдвиг, который произошёл в медицинском образовании в течение последних 20 лет, в результате чего в настоящее время основное внимание уделяется практическим профессиональным качествам, а не просто накоплению знаний. Органы аккредитации в Канаде, Соединённых Штатах Америки и многих европейских и других странах перешли к модели образования, основанного на результатах²². В дополнение к технической компетенции, такие модели пропагандируют идею о том, что врачи должны обладать хорошими навыками общения и умением учитывать контекст, в котором живет пользователь, а также способ, которым предоставляется уход.

32. В медицинских учебных заведениях не уделяется достаточного внимания вопросам прав человека, коррупционному воздействию интересов отрасли на медицину, критической оценке влияния литературы о биомедицинских исследованиях на возникновение коммерческой предвзятости или последствий дискриминации и стигматизации для ухода за больными. Более 100 лет назад в ответ

¹⁸ Dainius Pūras, "Human Rights and the Practice of Medicine", *Public Health Reviews*, vol. 38, No. 9 (2017), p. 3.

¹⁹ K. Scott and others, "Teaching by humiliation" and mistreatment of medical students in clinical rotations: a pilot study", *The Medical Journal of Australia*, vol. 203, No. 4 (2015), p. 185; Young-Ran Yeun and Jeong-Won Han, "Effect of nurses' organizational culture, workplace bullying and work burnout on turnover intention", *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, vol. 8, No. 1 (2016), pp. 372–380.

²⁰ B. Green and others, "Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care", *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 55, No. 5 (2017), pp. 449–453.

²¹ Joanna N. Erdman, "Human rights education in patient care", *Public Health Reviews*, vol. 38, No. 14 (2017), p. 2, citing Jonathan Cohen and Tamar Ezer, "Human rights in patient care: a theoretical and practical framework", *Health and Human Rights Journal*, vol. 15, No. 2 (2013), pp. 7–19.

²² R. M. Harden, "Outcome-based education: the future is today", *Medical Teacher*, vol. 29, No. 7, pp. 625–629; and Olle ten Cate, "Competency-based postgraduate medical education: past, present and future", *GMS Journal for Medical Education*, vol. 34, No. 5, document 69.

на озабоченность по поводу качества медицинского образования в Соединенных Штатах и Канаде Абрахам Флекснер в своем докладе по этому вопросу вынес рекомендации, которые изменили обучение врачей и практику назначения медикаментов.¹⁴ Сейчас вновь настало время для изменения парадигмы, пересмотра множества недостатков медицинского образования и его воздействия на системы здравоохранения, в результате чего в тексте настоящего доклада были выявлены упущения при обеспечении права на здоровье. Национальные медицинские ассоциации и университеты должны взять на себя ответственность за то, чтобы медицинское образование закрепилось в области прав человека.

33. Кроме того, медицинские учебные программы должны поощрять и ценить социальную медицину (первичную медико-санитарную и общинную медицину), чтобы способствовать ее внедрению. В медицинских учебных заведениях, которые располагают достаточными ресурсами и зачастую находятся под избыточным влиянием специализированных университетских больниц, подчеркивается и прославляется роль широких и узких медицинских специальностей, что способствует несбалансированному укреплению их позиции и власти. При этом специалистам передается слишком большой контроль на всех уровнях системы здравоохранения и происходит недооценка работников общественного здравоохранения, врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, и других медицинских работников.

Е. Согласование медицинских учебных программ и национальных стратегий охраны здоровья

34. Медицинским учебным заведениям необходимо согласовывать свои учебные программы с национальными планами в области здравоохранения и стратегиями в области медицинских кадров, действующими в их странах; это изложено Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам в его замечании общего порядка № 14 о праве на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, а также в «Глобальной стратегии». В частности, основное внимание необходимо сосредоточить на оказании первичной медико-санитарной помощи в тех странах, в которых еще не достигнут всеобщий охват населения медико-санитарными услугами. Необходимо побуждать работников здравоохранения перебираться в сельские районы, с тем чтобы медико-санитарные услуги были доступны для всех: при господствующей специализированной медицине здравоохранение в сельских районах остается без внимания. Сохраняют свое значение рекомендации о переходе от стратегий обучения, в которых доминирует передача клинических навыков, к преобразующей повестке дня в области образования и повышению роли медицинских работников в качестве движущей силы перемен в обществе.

35. В сфере медицинского образования игнорируются некоторые группы общества. В ходе своих поездок по странам Специальный докладчик собрал свидетельства нежелания некоторых врачей работать с группами, находящимися в уязвимом положении, например, с людьми, живущими в условиях крайней нищеты, или употребляющими наркотики, или бездомными. Он настоятельно призывает тех, кто несет ответственность за формирование знаний, навыков и ценностей будущих врачей, побуждать их к работе с этими группами и не допускать тенденцию к игнорированию страданий, которая противоречит сути и цели медицинской профессии. Специальный докладчик отмечает, что власть и престиж, связанные с медицинской специализацией, укрепляют такие предубеждения, отвращая врачей от ухода за теми группами населения, которые находятся в наиболее уязвимом положении. Решению этих проблем может способствовать отбор

студентов из маргинализированных и находящихся в неблагоприятных ситуациях общин.

36. Две другие группы, находящиеся в уязвимом положении — это инвалиды и лица, нуждающиеся в паллиативной помощи. Обе эти группы зачастую игнорируются в медицинских учебных программах и требуют комплексного, качественного, основанного на правах ухода. Примеры успешных действий приводятся ниже.

37. **Паллиативная помощь.** В Уганде Ассоциация паллиативной помощи сотрудничала с адвокатами при подготовке более 300 медицинских работников, включая врачей, медсестер, фельдшеров и смежных медицинских работников по вопросам паллиативного ухода в качестве одного из прав человека. Кроме того, студенты-юристы выбирали объекты, где проводилось паллиативное лечение, для прохождения стажировок в области клинического права. Коста-Рика в процессе кадрового планирования признает факт старения населения и в 2009 году приступила к осуществлению программы ординатуры в области паллиативной медицины, выпускники которой обучают студентов-медиков на всем протяжении их профессиональной подготовки. Там планируется сделать паллиативный уход основополагающим принципом первичной медико-санитарной помощи.

38. **Лица с ограниченными возможностями.** Несмотря на то, что лица с ограниченными возможностями составляют 15 процентов мирового населения, у них в два раза больше шансов столкнуться с неадекватностью навыков работников здравоохранения и медицинских учреждений, в три раза больше — с отказом в медицинской помощи и в четыре раза больше — с плохим обращением в системе здравоохранения²³. По этой причине подготовка медицинских работников по вопросам прав человека и предоставления услуг лицам с ограниченными возможностями имеет крайне важное значение. Инклюзивная подготовка в области здравоохранения требует модулей, посвященных Конвенции о правах инвалидов, правам человека и праву на здоровье, а также инклюзивного подхода к инвалидам и принятия специальных мер, направленных на удовлетворение потребностей лиц с ограниченными возможностями во всех секторах здравоохранения. Установлено, что установление эффективной и визуально доступной связи посредством использования языка жестов, внедрение важных коммуникационных технологий и культурная подготовка медицинских работников, включая врачей, оказались эффективными средством в деле поощрения доступа к медико-санитарному обслуживанию лиц с ограниченными возможностями²⁴. Совет Европы рекомендовал высшим учебным заведениям, в частности медицинским школам, пересмотреть свои учебные программы таким образом, чтобы они адекватно отражали положения Конвенции²⁵.

39. Специальный докладчик предупреждает, что, даже если уделять более серьезное внимание подготовке большего числа работников среднего звена с целью обеспечения более справедливого распределения первичного медико-санитарного обслуживания и всеобщего охвата медико-санитарными услугами, это само по себе может не решить проблему того значения, которое придется биомедицинским моделям. Существует опасность того, что все медицинские работники будут по-прежнему уделять особое внимание поиску и лечению

²³ ВОЗ и Всемирный банк, *Всемирный доклад об инвалидности* (Женева, 2011 г.).

²⁴ Alexa Kuenburg, Paul Fellingner and Johannes Fellingner, "Health care access among deaf people", *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 21, No. 1 (January 2016), pp. 1–10. Available at <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>.

²⁵ Parliamentary Assembly, Council of Europe, "Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach", document No. 14895, 22 May 2019. Available at <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?fileid=27701&lang=2>.

биомедицинских «причин» всех заболеваний. Специальный докладчик настоятельно призывает к тому, чтобы обучение работников среднего звена основывалось на принципах общественного здравоохранения, учитывая то влияние, которое оказывают на здоровье отдельных людей и общин экологические, социальные и экономические факторы.

40. Концепция синдемии может предложить преподавателям медицинских учебных заведений новые рамочные основы обучения и отойти от традиционного «вертикального» определения болезней. В синдемии рассматривается социально-биологический комплекс, включающий взаимодействующие, существующие одновременно или последовательно болезни, а также социальные и экологические факторы, которые стимулируют и усиливают негативные последствия взаимодействия болезней²⁶. Следовательно, в обучение медицинских работников должны включаться методологии, которые посвящены блокам заболеваний, возникающим в результате социально-биологических условий, и уделяют особое внимание тем социальным и основополагающим детерминантам, которые их порождают. Эта альтернативное обучение лечению каждой болезни как вертикального нарушения здоровья способствует фрагментации.

41. Кроме того, существует настоятельная необходимость того, чтобы в медицинском образовании рассматривались и относились к числу приоритетных возникающие сегодня глобальные проблемы в области здравоохранения. К ним относятся изменение климата, психическое здоровье, старение населения, паллиативное лечение, факторы риска и последствия неинфекционных заболеваний, проблемы употребления опиоидов и других наркотиков, а также другие вопросы, в зависимости от контекста. Необходимо также проводить научно обоснованное обучение по вопросам наркомании, с тем чтобы врачи были лучше информированы и не испытывали затруднений, выписывая поддерживающие достоинство опиоиды в тех случаях, когда это необходимо. Во многих представленных материалах содержалась ссылка на используемые при обучении подходы к этим проблемам общественного здравоохранения, основанные на принципе широкого участия и жизни местных сообществ.

III. Для эффективных кадров необходимы сильные системы здравоохранения

42. Подход, основанный на правах человека, обеспечивает набор преобразующих положений, влекущих за собой серьезные последствия. В основе прав человека лежат равенство и достоинство всех людей, включая медицинских работников. В настоящем разделе Специальный докладчик рассматривает вопрос о том, как осуществление прав медицинских работников может внести весомый вклад в совершенствование систем здравоохранения. Кроме того, он описывает компоненты систем здравоохранения, с тем чтобы проиллюстрировать их воздействие на способность медицинских работников обеспечивать наличие здравоохранения, его доступность, приемлемость и хорошее качество для всех. Всеобщий охват услугами здравоохранения не может быть достигнут без наличия сильных систем здравоохранения.

43. Медицинские кадры являются одним из важнейших элементов системы здравоохранения, при этом она не может функционировать эффективно и предоставлять качественные услуги в области здравоохранения без поддержки всех других элементов системы здравоохранения.

²⁶ M. Singer, N. Bulled, B. Ostrach and E. Mendenhall, "Syndemics and the biosocial conception of health", *Lancet*, vol. 389, No. 10072 (2017), pp. 941–950.

44. Право на здоровье требует от государств решения проблемы барьеров, порождаемых неравенством и дискриминацией, которые препятствуют надлежащему доступу к медицинскому обслуживанию и базовым и социальным детерминантам здоровья. Необходимо придавать первоочередное значение группам, находящимся в уязвимом положении. Медицинские работники сами должны быть защищены от неравенства и дискриминации, которые в рамках систем здравоохранения могут принимать различные формы. Общинные медицинские работники, а также общины, с которыми они работают, зачастую страдают от нарушений здоровья в результате того, что их размещают в нижней части медицинского иерархии, где их ожидают беспомощность, дискриминация, неравенство и нищета. Государства должны улучшать условия труда и устранять неравенство в сфере оплаты труда медицинских работников, которые наиболее непосредственным образом заняты обслуживанием населения и удовлетворением социальных потребностей, а также разрабатывать просветительские кампании с целью повышения авторитета и репутации всех медицинских работников.

45. Каждая часть системы здравоохранения должна функционировать таким образом, чтобы оказывать поддержку медицинским работникам, уважать их права человека и содействовать обеспечению справедливых условий занятости. В следующих пунктах Специальный докладчик выделяет некоторые элементы, которые необходимы для улучшения положения медицинских работников, с тем чтобы они могли обеспечивать наличие здравоохранения, его доступность, приемлемость и высокое качество услуг для всех людей.

A. Медицинские услуги и учреждения

46. Для удержания медицинских кадров, а также для обеспечения наличия медицинских работников в тех местах, которые доступны даже для отдаленных, сельских или маргинализированных общин, необходимо организовывать в таких условиях надлежащие учреждения, включая специализированные учреждения, причем они должны находиться на достаточном уровне, чтобы обеспечивать предоставление качественных услуг для всех. Специальный докладчик отметил неудовлетворительное качество многих сельских и отдаленных медицинских центров, которые зачастую разительно отличаются от городских и специализированных учреждений. Помимо этого, для медицинских работников и членов их семей должно предусматриваться жилье в качестве стимула для работы в отдаленных районах. В материалах, представленных для настоящего доклада, содержатся свидетельства успеха в тех случаях, когда сельским медицинским работникам предоставлялось жилье.

B. Медицинские товары, основные лекарства, вакцины и технологии

47. Медицинские работники не могут функционировать надлежащим образом без надежной, стабильной поставки надлежащих, качественных медицинских препаратов, вакцин и технологий, в том числе информационно-коммуникационных технологий. Основные медицинские мероприятия и технологии не должны ограничиваться биомедицинской продукцией, они должны включать в себя эффективные психологические и популяционные мероприятия в области общественного здравоохранения.

С. Информационные системы в области здравоохранения

48. Медицинские работники должны иметь доступ к документам тех людей, которым они оказывают помощь, и вносить в них дополнения, причем эта информация должна сопровождать пользователей услуг при их направлении к другим специалистам в рамках всей системы. Медицинские работники должны проходить подготовку по вопросам применения этих методов, с тем чтобы обеспечивалось наличие данных о состоянии здоровья населения общин и одновременно — конфиденциальность пользователей. Информация о количестве медицинских работников в разбивке по категориям должна быть актуальной и доступной для целей подотчетности в области прав человека.

Д. Финансирование здравоохранения

49. Медицинские работники имеют право пользоваться всеми правами, предоставляемыми работникам: право на достойную работу поддерживается Всеобщей декларацией прав человека, а также Программой обеспечения достойной работой Международной организации труда. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам в своем замечании общего порядка № 14 также признал, что медицинские работники имеют право на конкурентоспособную на внутреннем уровне заработную плату и соответствующую подготовку. Целью права на достойную работу является обеспечение того, чтобы у каждого человека — без дискриминации — имелись справедливые и благоприятные условия труда и права на организацию и ведение коллективных переговоров. Специальный докладчик поддерживает справедливое распределение финансовых средств среди всех медицинских работников, с тем чтобы общинные медицинские работники получали оплату и чтобы прекратилась практика использования безвозмездной работы добровольцев для выполнения важной работы по оказанию первичной медико-санитарной помощи²⁷. Медицинская иерархия и преобладание биомедицинской модели могут приводить к неприемлемому неравенству доходов медицинских специалистов и других медицинских работников.

Е. Руководство и управление

50. Медицинские кадры не могут эффективно функционировать без надлежащей организации, управления и руководства. В тех случаях, когда деятельность медицинских работников оказывается неэффективной в результате ненадлежащего управления или отсутствия управления, уменьшается их способность предоставлять доступное и качественное медицинское обслуживание. При надлежащем управлении может обеспечиваться выполнение требования о праве на здоровье, предъявляемого к комплексному национальному плану в области здравоохранения, который охватывает людские ресурсы, разработан на основе широкого участия, осуществляется и подлежит отчетности. План для медицинских работников должен включать профилактическое, терапевтическое и реабилитационное медицинское обслуживание, в том числе физическое и психическое здоровье, и, кроме того, он должен включать в себя работников среднего звена.

²⁷ WHO, *Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes* (Geneva, 2019). Available at www.who.int/hrh/community/en/.

Е. Коррупция в секторе здравоохранения

51. Коррупция является одним из вопросов, рассмотренных Специальным докладчиком в других докладах (см. [A/72/137](#)). К видам коррупции, которые оказывают особенно деморализующее воздействие на медицинских работников, относятся долгосрочные прогулы, ненадлежащее управление финансовыми ресурсами, кумовство и другие формы несправедливого отношения к медицинским работникам. Основанный на правах человека подход к руководству и управлению предусматривает активное участие медицинских работников в процессе принятия решений и обеспечении транспарентности в отношении принятых решений, в том числе финансовых решений.

52. Медицинская иерархия оказывает значительное влияние на руководство и управление, в результате чего может возникать институциональная коррупция. Лица, находящиеся на вершине иерархии, имеют значительно более широкий доступ к руководителям и тем, кто несет ответственность за управление и принятие общих решений, касающихся политики в области здравоохранения, включая распределение ресурсов. Их влияние может использоваться при принятии решений о расходовании средств таким образом, что финансирование с большей долей вероятности будет выделяться на предоставление специализированных услуг, чем на меры по укреплению здоровья или предоставление менее престижных, но важных услуг, таких как охрана психического здоровья детей, гериатрия, паллиативное лечение или оказание первичной медико-санитарной помощи в условиях отдаленности и отсутствия пропагандистской поддержки.

IV. Основанный на правах человека подход к укреплению кадрового состава медицинских работников

53. В настоящем докладе показаны некоторые структурные элементы, которые формируют потенциал медицинских работников для выполнения государствами своих обязательств в области права на здоровье, с тем чтобы медицинское обслуживание предоставлялось, было доступным, приемлемым и качественным. В настоящем разделе Специальный докладчик распространяет право на здоровье на работников здравоохранения, с тем чтобы выявить те аспекты, которые способны расширять или ограничивать их способность работать эффективно.

54. Право на здоровье признано в Уставе Всемирной организации здравоохранения и защищается Всеобщей декларацией прав человека и международными договорами в области прав человека, которые являются обязательными для государств-участников, включая Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Конвенцию о ликвидации всех форм расовой дискриминации, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о правах ребенка, Конвенцию о правах инвалидов и Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей. Кроме того, право на здоровье защищается региональными договорами по правам человека и многими национальными конституциями. Международные договоры и национальные законы обязывают государства принимать меры по обеспечению уважения, защиты и осуществления права на здоровье, а также содействовать обучению работников здравоохранения, с тем чтобы они могли помогать государствам выполнять их обязательства в области права на здоровье.

55. Право на здоровье влечет за собой обязательства, которые обеспечивают рамочную основу для действий уполномоченных субъектов, а также исходную основу для обеспечения подотчетности. Право на здоровье подлежит прогрессивной реализации. Это означает, что многие аспекты права на здоровье не

обязаны осуществляться немедленно; напротив, государства должны принимать эффективные и адресные меры для постепенного осуществления права на здоровье. Вместе с тем государства также имеют некоторые непосредственные обязательства, такие как справедливое распределение медицинских учреждений и служб; предоставление основных лекарственных средств; обеспечение доступа к базовому жилью, питьевой воде и безопасным средствам санитарии; а также принятие национальной стратегии в области здравоохранения на основе эпидемиологической информации, которая должна учитываться при кадровом планировании в области национального здравоохранения и образования.

А. Равенство и недопущение дискриминации

56. Правозащитные принципы равенства и недопущения дискриминации распространяются на медицинских работников на их рабочих местах, а также на отбор медицинских работников. Поэтому, возможно, необходимо иметь информационно-пропагандистские программы для того, чтобы нанимать медицинских работников из общин и групп, находящихся в уязвимом положении, таких как коренные народы, в интересах уменьшения дискриминации и поощрения уважения культурных различий. Как установлено, такие отборочные программы оказывают положительное воздействие в самых различных условиях, в том числе осуществляемая в рамках Фондов открытого общества Программа стипендий в области здравоохранения для учащихся из числа рома, которая за последние 10 лет оказала поддержку более 500 студентам-медикам из числа рома в Болгарии, Северной Македонии, Румынии и Сербии²⁸.

57. Должны приниматься эффективные меры по достижению гендерного баланса среди работников здравоохранения во всех областях для обеспечения равенства и недопущения дискриминации по признаку пола. Эти и другие меры, такие как интеграция групп меньшинств и инвалидов, необходимы для того, чтобы обеспечивать уважение культурных различий этих общин и работников, оказывающих им медицинскую помощь.

58. Вопросы прав человека, в том числе уважения культурного разнообразия и нейроразнообразия, а также важности уважительного отношения к пациентам и другим людям, должны в обязательном порядке включаться в подготовку всех медицинских работников²⁹. Во многих докладах предыдущих Специальных докладчиков государствам настоятельно рекомендовалось включать вопросы прав человека в подготовку работников здравоохранения. В некоторых материалах, представленных для настоящего доклада, описывалось то, каким образом права человека включаются в учебную подготовку, а Всемирная медицинская ассоциация заявляет, что медицинское образование должно включать обязательные курсы по правам человека на всех этапах.

В. Участие

59. Один из основных принципов прав человека заключается в праве на участие в принятии решений или разработке влияющей на них политики. Таким образом, на государства возлагается обязанность включать медицинских работников и представителей гражданского общества в процесс разработки

²⁸ Merziha Idrizi, "Celebrating 10 Years of Investing in Roma Health", Open Society Foundations (8 April 2019). Available at www.opensocietyfoundations.org/voices/celebrating-10-years-investing-roma-health.

²⁹ G. Backman and others, "Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries", *The Lancet*, vol. 372, No. 9655 (2008), pp. 2047–2085.

национальных планов в отношении системы здравоохранения и медицинских кадров. В разработке и мониторинге кадровых планов должны принимать участие медицинские учебные заведения и представители медицинских работников всех направлений. Необходимо следить за тем, чтобы в ходе консультаций по вопросам планирования не воспроизводилась медицинская иерархия. Общие медицинские работники из сельской местности, вероятно, будут иметь более глубокое понимание потребностей населения в области здравоохранения, чем медицинские специалисты, работающие в специализированных больницах.

С. Постоянная поддержка и просвещение лиц, находящихся в отдаленных местах и не обладающих властью

60. Специальный докладчик заметил, в частности в ходе своих страновых визитов, что медицинским работникам, находящимся вдали от центров медицинского образования и средних или высших учреждений, предоставляется меньше наставничества, надзора и непрерывного обучения по сравнению с их городскими коллегами. Однако, как это ни странно, особенно в странах с меньшим объемом ресурсов и высокой долей населения, проживающего в сельской местности, такие медицинские работники имеют исключительно важное значение для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения или выполнения основного обязательства государства по оказанию первичной медико-санитарной помощи на недискриминационной основе. Поэтому, в дополнение к требованиям о выборе соответствующего диапазона людей для подготовки медицинских работников, а также стимулированию работников к тому, чтобы жить и работать в сельских и отдаленных районах, необходимо обеспечивать предоставление конструктивного надзора, наставничества и непрерывного обучения. Как показывает опыт, без такой поддержки медицинские работники теряют клинические навыки и энтузиазм в отношении своей роли³⁰. По данным Глобального альянса трудовых ресурсов, несмотря на большие успехи, достигнутые в различных контекстах за счет использования медицинского персонала среднего звена, в тех случаях, когда им предоставляются недостаточный надзор и неэффективная подготовка, качество предоставляемого ими ухода может быть неоптимальным и негативно сказываться на удержании кадров³¹.

Д. Руководство медицинскими работниками

61. Медицинские работники должны быть самоуправляемы. Независимость медицинских работников от государства препятствует подчинению государству. Подчинение может привести к двойной лояльности медицинских работников, что противоречит их обязанности всегда уважать и защищать принадлежащие пользователям права человека и право на здоровье. Если между медицинским работником и пользователем встает государство, то при этом возникают проблемы двойной лояльности и беспристрастности медицинского обслуживания, которые порождают серьезные проблемы в сфере конфиденциальности и доверия. Двойная лояльность — это один из вопросов в области прав человека,

³⁰ A. Palagyi, G. Brian and J. Ramke, "Training and using mid-level eye care workers: early lessons from Timor-Leste", *Clinical and Experimental Ophthalmology*, vol. 38, No. 8 (2010), pp. 805–811.

³¹ WHO, Global Health Workforce Alliance, "Mid-level health workers for delivery of essential health services" (2013), p. 32.

существующих в тюрьмах³², психиатрии³³, при работе с мигрантами и беженцами³⁴, а также в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав³⁵.

Е. Международная помощь и сотрудничество

62. Государства обязаны по просьбе других государств оказывать им техническую и финансовую помощь в целях оказания им содействия в выполнении обязательств в области права на здоровье. На долю обучения работников здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода приходится лишь небольшая часть общих ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения по линии официальной помощи в целях развития. Вопросы донорской поддержки дополнительно рассматриваются ниже.

Г. Подотчетность

63. Государства должны нести ответственность за выполнение своих обязательств по обеспечению полного осуществления права на здоровье, а другие заинтересованные стороны, в том числе профессиональные организации и университеты — нести ответственность в вопросах, касающихся права на здоровье. Всем следует поощрять те медицинские кадры, которые могут предоставлять качественные медицинские услуги для всех. Механизмы подотчетности должны отражать принципы транспарентности и участия и опираться на качественные данные и информацию.

V. Актуальные вопросы

А. Международная помощь в деле укрепления кадрового состава медицинских работников

64. В 2016 году из общего объема официальной помощи в целях развития на цели медицинского обслуживания было выделено около \$21,3 млрд долларов³⁶. Общая сумма расходов на санитарно-медицинскую подготовку составила 446 млн долл. США, или всего 2 процента общего объема расходов на помощь в области здравоохранения. ВОЗ выступает за выделение дополнительной официальной помощи в целях развития для подготовки медицинских работников, особенно в свете многочисленных случаев, когда медицинские работники,

³² S. Glowa-Kollisch and others, “Data-driven human rights: using dual loyalty trainings to promote the care of vulnerable patients in jail”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 17, No. 1 (2015), pp. 124–135.

³³ M.D. Robertson and G. Walter, “Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, No. 3 (2008), pp. 228–235.

³⁴ Linda Briskman and Deborah Zion, “Dual loyalties and impossible dilemmas: health care in immigration detention”, *Public Health Ethics*, vol. 7, No. 3 (2014), pp. 277–286.

³⁵ J. Jaime Miranda and Alicia E. Yamin, “Frameworks for understanding dilemmas of health care in a globalized world: a case study of reproductive health policies in Peru”, *Politics and Ethics Review*, vol. 1, No. 2 (2005), 177–187.

³⁶ Статистика Организации экономического сотрудничества и развития, URL: www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm.

обученные в странах с низким и средним уровнем дохода, уезжают на работу в страны с высоким уровнем дохода³⁷.

65. Специальный докладчик выражает обеспокоенность по поводу помощи, предоставляемой на цели обучения в области здравоохранения, по двум причинам. Во-первых, по сравнению с потребностью в дополнительных медицинских работниках в странах с низким и средним уровнем дохода такая финансовая поддержка является незначительной и вряд ли окажет странам существенную помощь в удовлетворении их потребности в профессиональной подготовке. Во-вторых, результаты обучения в области здравоохранения не могут быть устойчивыми, если помощь предоставляется от случая к случаю, а не в рамках общего национального плана укрепления кадровых ресурсов и системы здравоохранения. Как отмечалось выше, подготовка и образование в области здравоохранения малоэффективны, если впоследствии не интегрировать обучаемых в функциональные системы здравоохранения и не обеспечивать им постоянного контроля и наставничества.

66. Кроме того, Специальный докладчик выразил озабоченность по поводу ограничивающего характера показателей, которые используются для контроля за достижением целей в области устойчивого развития и всеобщего охвата услугами здравоохранения и которые не способствуют осуществлению мероприятий, основанных на правах человека мер (см. A/71/304). Показатели, отражающие число прошедших обучение людей, но не передающие их способность использовать свою подготовку для улучшения здоровья в своих общинах, могут вводить в заблуждение. Тем не менее, многие доноры продолжают сообщать о своих расходах и деятельности, осуществляемых в рамках официальной помощи в целях развития в области медицинской подготовки, именно таким образом.

67. Специализированная профессиональная подготовка медицинских работников в условиях недостаточности ресурсов может приводить к возникновению перекозов в распределении медицинских работников в рамках системы здравоохранения³⁸. Подготовка, осуществляемая с целью укрепления кадров, должна охватывать всю систему здравоохранения, включая нормативную среду; аспекты финансового характера; потребности обучающихся в надежном снабжении лекарственными средствами или устройствами; информационные системы для мониторинга услуг, предоставляемых после обучения; а также надзор за медицинскими работниками, недавно прошедшими подготовку. Такой взгляд на всю систему здравоохранения содействует достижению устойчивых результатов и осуществлению права на здоровье.

В. Подготовка кадров в области охраны психического здоровья

68. Подготовка кадров в области охраны психического здоровья заслуживает особого упоминания. Как отмечается в докладе Специального докладчика за 2017 год по вопросам психического здоровья, существуют препятствия, которые затрудняют оказание психиатрической помощи и сдерживают реализацию права на здоровье (см. A/HRC/35/21). В число таких препятствий входят чрезмерное использование биомедицинской модели для определения эмоционального стресса, а также медицинская иерархия, которая может приводить к

³⁷ A Micah, et al, "Donor financing of human resources for health, 1990–2016: an examination of trends, sources of funds, and recipients", *Globalization and Health*, vol. 14, No. 98. Available at <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0416-z>.

³⁸ Carmel Williams and Garry Brian, "Using a rights-based approach to avoid harming health systems: a case study from Papua New Guinea", *Journal of Human Rights Practice*, vol. 5, No. 1 (2013), pp. 177–194.

принуждению, оказывающему негативное воздействие на пациентов и поставщиков услуг в области психического здоровья и унижающему их человеческое достоинство. Асимметрии в распределении властных полномочий между медицинскими специальностями, между врачами и другими медицинскими работниками, а также между врачами и пользователями услуг создают дополнительные препятствия для реализации права на здоровье.

С. Психические расстройства как биологически определенные заболевания, а не как результат действия социальных и экологических факторов риска

69. Слишком часто решения в области психиатрии принимаются под влиянием патернализма (при котором мнение пользователей психиатрических услуг не всегда воспринимается всерьез) и с излишней приверженностью биомедицинским процедурам и психотропным препаратам. Вместе с тем, представители социальной психиатрии и сторонники существующего в психиатрии движения структурной компетенции внимательно прислушиваются к словам Рудольфа Вирхова, который 150 лет назад отметил, что медицина — это социальная наука, что врачи являются естественными адвокатами тех, кто оказался в условиях нищеты, и что социальные проблемы в значительной степени находятся в пределах их юрисдикции.

70. Подход, преобладающий в области охраны психического здоровья, основан на биомедицинской модели болезни, в рамках которой психические заболевания слишком часто рассматриваются как биологически определенные аномалии, независимо от контекста. Однако психическое здоровье отличается от других видов здоровья тем, что биологических маркеров для психических заболеваний не существует и что граница между здоровьем и болезнью в значительной мере определяется культурой и контекстом³⁹. В результате в одном контексте психическое расстройство может рассматриваться как часть обычной человеческой жизни, а в другой культуре то же сочетание видов поведения может означать болезнь.

71. Психическое здоровье находится под сильным влиянием социальных факторов (см. [A/HRC/41/34](#)). Однако в результате чрезмерной зависимости от биомедицинской модели при разъяснении эмоционального стресса предпочтение отдается медикаментозному лечению, а не рассмотрению основных базовых и социальных детерминантов здоровья, таких как нищета, неравенство, дискриминация и насилие, в результате чего возникают хронические факторы стресса, приводящие к расстройству. Институциональная коррупция, которая имеет место в тех случаях, когда господствующие взгляды в области психического здоровья перестают быть достаточно независимыми от других учреждений, а именно фармацевтической промышленности, приводит к компрометации действий по установлению истины. В результате возникают структуры порочного стимулирования, которые поддерживают и вознаграждают чрезмерное применение психотропных медикаментов, отвлекая ресурсы, которые могли бы использоваться для того, чтобы рассмотреть и понять роль детерминантов здоровья и обеспечить доступ к эффективным с точки зрения затрат психосоциальным мерам вмешательства.

³⁹ A. Kleinman, "Culture, bereavement, and psychiatry", *The Lancet*, vol. 379, No. 9816 (2012), pp. 608–609.

Д. Стандарты охраны психического здоровья, определяемые одной группой специалистов

72. Основная часть психиатрической помощи оказывается врачами первичной медико-санитарной помощи, медицинскими работниками, психологами, социальными работниками, врачами, пасторскими консультантами и коллегиальными специалистами. Однако то, как определяются психическое здоровье и психические заболевания, контролируется одной профессиональной группой – психиатрами. Этот контроль осуществляется во всем мире с помощью «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам»⁴⁰ — руководства по психиатрическим диагнозам, которое стало фактическим стандартом для классификации нарушений психики с применением таких механизмов, как Международная классификация болезней. Оно подвергается критике за медикализацию обычных аспектов человеческого опыта (например, медикализацию горя; отнесение к патологии обычного снижения познавательных способностей, связанного с возрастом, в качестве «мягкого нейрокогнитивного нарушения»), а также за применение подхода «диагноз по контрольному перечню вопросов», который облегчает использование фармакологии как основного варианта лечения.

73. Кодификация эмоционального стресса как отдельных расстройств в «Диагностическом и статистическом руководстве», а также преобладание биомедицинской модели в организованной психиатрии может приводить к принуждению в отношении как пользователей, так и медицинских работников, и таким образом ограничивать их право на здоровье или оказание им медицинской помощи. Такой патерналистский подход отстает от других областей здравоохранения, в которых в результате их развития пользователи услуг привлекаются, путем совместного принятия решений, к выработке такого подхода к психическим расстройствам, который может быть основан на партнерстве и взаимном доверии между поставщиками и пользователями услуг.

Е. Асимметрии властных полномочий, отражаемые в определениях

74. В ситуациях асимметрии властных полномочий, возникающих в результате контроля над определениями психического здоровья, при назначении причинно-следственной связи (через биомедицинскую модель) и определении того, какое лечение является надлежащим и ненадлежащим, не подчеркивается роль коммуникационных навыков, отношений между работниками охраны психического здоровья и потребителями услуг, а также роль контекста для выявления причин психических расстройств и принятия соответствующих решений, зачастую не связанных с фармакологией. В некоторых случаях асимметрия властных полномочий приводит к делегитимизации подходов к лечению, не предусматривающих применение медикаментов, и ведет к чрезмерному использованию психотропных лекарственных средств. Область психического здоровья в целом остается чрезмерно медикализированной при поддержке академической психиатрии и фармацевтической промышленности (см. [A/HRC/35/21](#) и [A/HRC/41/34](#)), а также медицинских страховых компаний, которые возмещают стоимость лекарств, но не обязательно — расходы на проведение психосоциальных мероприятий.

⁴⁰ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2013).

75. Психиатрия как профессия пользуется практически монопольной властью при принятии большинства решений, что может наносить вред не только пользователям услуг и другим специалистам в области охраны психического здоровья, но и психиатрам. При такой концентрации власти в руках одной профессиональной группы возникает огромное давление в процессе принятия решений, особенно в делах, связанных с принятием решений об использовании биомедицинских процедур или поощрении добровольного или даже принудительного помещения в учреждения (госпитализации) и лечения. И психиатры, и пользователи услуг стали заложниками неэффективной системы, в которой решения об игнорировании прав человека опираются на необоснованные доводы об опасности и медицинской необходимости. В этой профессии принято считать, что психиатры зачастую принимают решения о лишении свободы людей с определенными психическими нарушениями, чтобы избежать возбуждения судебных исков против них в случае, «если что-то произойдет», и это приводит к неправомерному использованию и избыточному применению принуждения. Изменения в сфере медицинского образования, которые значительно снизят число таких случаев асимметрии властных полномочий и стимулов для использования принуждения, принесли бы пользу пользователям услуг и психиатрам.

Г. Изменения, необходимые в обучении в области психического здоровья

76. Необходимо внести изменения в подготовку кадров в области психического здоровья для решения вопросов контекста и его воздействия на психическое здоровье, узости определений психических и душевных расстройств и асимметрии властных полномочий между медицинским персоналом и пользователями услуг. Делу охраны психического здоровья должны были пойти на пользу те изменения в медицинском образовании, о которых упоминалось ранее и при внесении которых основное внимание уделяется практической компетентности. Однако модели обучения, существующие в области охраны психического здоровья, и в особенности в сфере медицинского образования, отстают от других областей медицинского обслуживания. Необходимо внести изменения и в подготовку других медицинских работников, с тем чтобы учитывать роль контекста в возникновении расстройств психического здоровья, влияние детерминантов здоровья на психическое здоровье, а также роль общения и взаимоотношений в улучшении психического здоровья.

77. Психиатры и другие специалисты в области охраны психического здоровья должны иметь желание видеть, каким образом институциональное мышление и практика, а также интересы гильдии могут препятствовать их способности создавать реальные возможности для моделей медицинского обслуживания, выходящих за пределы медицинской модели⁴¹. Преобладание биомедицинской модели в образовании в области охраны психического здоровья представляет собой эпистемологическую несправедливость, которая препятствует прогрессу, необходимому для поощрения и защиты права на психическое здоровье.

78. В некоторых странах ожидается, что результатом медицинского образования будут врачи, обладающие навыками межличностного общения, «которые ведут к эффективному обмену информацией и сотрудничеству с пациентами, их

⁴¹ R. Mezzina and others, “The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda”, *Advances in Psychiatry* (Springer, 2018); Robert Whitaker and Lisa Cosgrove, *Psychiatry under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform* (Springer, 2015).

семьями и другими медицинскими специалистами»⁴². В CanMEDS — канадской системе основанного на результатах образования, которая используется во многих странах — одна из ролей врача определяется как «коммуникатор» и описывается как способность «устанавливать взаимоотношения с пациентами и членами их семей, содействующие сбору основной информации и обмену ей с целью предоставления эффективного медицинского обслуживания»⁴³. В этой системе особое значение придается пониманию точки зрения пользователя, контекста и социально-экономического статуса как значимых психологических и социологических вопросов. Только при условии такого понимания врачи и пользователи могут приходить к общему согласию, на основе которого будут приниматься общие решения в отношении оптимальных курсов действий. Осознанное согласие необходимо переосмыслить как реляционный процесс. Это постоянная работа, а не нечто такое, чего можно достичь раз и навсегда, раскрыв известные на сегодняшний день риски, выгоды и альтернативные методы лечения⁴⁴.

79. Эти механизмы требуют обучения, в результате которого возникают понимание и практика, учитывающие контекст, в котором живет пациент. В CanMEDS описывается необходимость того, чтобы врачи были просветителями в вопросах охраны здоровья и «применяли свой профессиональный опыт и влияние, работая с общинами или группами пациентов в целях укрепления здоровья пациентов. Они работают с людьми, которых обслуживают, с тем чтобы определять и понимать потребности, при необходимости выступать от имени других людей и оказывать помощь в мобилизации ресурсов для осуществления изменений».⁴⁵

80. Подготовку кадров в области охраны психического здоровья следует адаптировать таким образом, чтобы придавать особое значение базовым и социальным детерминантам здоровья, пересматривать определение психического заболевания в рамках культуры и контекста, а также передавать медицинским работникам представления, знания и навыки, необходимые для налаживания отношений, позволяющих избегать присущего системе патернализма.

81. Не менее важно, в этой обстановке глобальной корпоратизации и коммерциализации здравоохранения, обучать медицинских работников критическому мышлению по поводу использования результатов исследований при принятии решений. Такое обучение должно включать не только критическую оценку медицинской литературы, но и понимание когнитивных предубеждений для укрепления уверенности в своих силах и принятия более взвешенных решений.

82. Некоторые медицинские школы изменили свои учебные программы и стали использовать в них в качестве основ социальную справедливость⁴⁵ и социальную ответственность просвещения. В таких моделях обучение студентов-медиков перемещается от учебных медицинских центров в те районы, где обучаемые могут непосредственно наблюдать базовые и социальные детерминанты здоровья, которые влияют, в частности, на психическое здоровье. Помимо развития клинической компетентности, эти модели развивают «структурную

⁴² M. S. Kavic, "Competency and the six core competencies", *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, vol. 6, No. 2 (2002), pp. 95–97.

⁴³ See www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-e.

⁴⁴ R. Blum, "When patient and physician disagree on patient's 'best interest'", *American Medical Association Journal of Ethics* (previously known as *Virtual Mentor*), vol. 11, No. 3 (2009), pp. 223–227.

⁴⁵ См., например, <https://medicine.tufts.edu/education/health-justice-scholars>.

компетентность», направляя внимание на социальные факторы, которые входят в число основных причин неравенства в области здравоохранения⁴⁶.

83. Работники должны обладать умением и желанием устанавливать связи с пользователями услуг, которые будут приводить к общему пониманию эмоционального стресса в контексте культуры и жизни данного пользователя. Тем самым они начинают решать многие проблемы в сфере медицинских кадров, которые уже определены ВОЗ.

84. Кроме того, необходимо изменить такое положение в подготовке медицинских кадров, при котором при толковании психических расстройств и заболеваний акцент делается исключительно на биомедицинской модели, и включить нее другие социологические и психологические модели толкования. Только посредством расширения поля зрения можно осуществлять решения таким образом, чтобы в них учитывались потребности пользователей в рамках их контекста и культуры.

85. Наконец, при проведении исследований в области психического здоровья необходимо использовать совместный подход к исследованиям и его эмансипационные традиции для выявления коренных причин психических расстройств и поиска путей их устранения. Проведение совместных исследований позволяет обеспечивать подлинное участие заинтересованных сторон и будет иметь совокупный эффект, когда оказывается психиатрическая помощь группам, находящимся в наиболее уязвимом положении, и одновременно предлагается пересмотренная модель обеспечения ухода и поддержки лицам с расстройствами психического здоровья. В недавно проведенном метаанализе исследований мер вмешательства, осуществлявшихся в течение 35 лет, было отмечено, что «психическое истощение преобладает среди специалистов, оказывающих психиатрическую помощь, и сопряжено со значительными затратами на сотрудников, потребителей и организацию», а также что «в данной области достигнут ограниченный прогресс в решении проблемы психического истощения у специалистов, оказывающих психиатрическую помощь»⁴⁷.

VI. Рекомендации и выводы

86. Роль медицинских работников в осуществлении права на физическое и психическое здоровье имеет решающее значение. Вкладывая средства в сектор здравоохранения, государства должны добиваться того, чтобы при обучении всех медицинских работников, а также при осуществлении национальных кадровых стратегий в области здравоохранения в полной мере задействовались все элементы основанного на правах человека подхода, аналитических рамок права на здоровье и современного подхода к охране здоровья населения. Мировое сообщество должно извлечь уроки из прошлого, в котором медицинская наука и практика развивались без соблюдения прав человека как обязательного условия, что приносило больше вреда, чем пользы. Расширение прав и возможностей всех медицинских работников, имеющих квалификацию и навыки, которые основаны на соблюдении прав человека, не только препятствует нарушению прав человека в сфере ухода за пациентами, но и поощряет и защищает наряду с этим права медицинских работников, поскольку ведет к сокращению асимметрии властных полномочий в их среде, предотвращает коррупцию в секторе здравоохранения и способствует созданию достойных условий труда и формированию

⁴⁶ L.J. Kirmayer, R. Kronick and C. Rousseau, "Advocacy as key to structural competency in psychiatry"; *JAMA Psychiatry*, vol. 75, No. 2 (2018), pp. 119–120.

⁴⁷ K. C. Dreison and others, "Job burnout in mental health providers: a meta-analysis of 35 years of intervention research", *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 23, No. 1 (2018), pp. 18–30.

атмосферы взаимного доверия и уважения в рамках систем здравоохранения и за их пределами.

Специальный докладчик настоятельно призывает государства:

87. Разрабатывать национальные планы в сфере медицинских кадров на основе широкого участия, обеспечивающего представленность всех кадров медицинских работников и других заинтересованных сторон, включая представителей гражданского общества и пользователей медицинских услуг.

88. Принимать меры по уменьшению асимметрии властных полномочий в рамках существующей медицинской иерархии на основе основанного на правах человека подхода к медико-санитарному просвещению.

89. Добиваться того, чтобы учебные программы медицинских учебных заведений и школ общественного здравоохранения, а также всех колледжей, готовящих медицинских работников, прочно опирались на правозащитные концепции и соответствовали национальным стратегиям в секторе здравоохранения и планам подготовки медицинских кадров, с тем чтобы будущие медицинские работники обладали всеми необходимыми профессиональными качествами (а не только владели клиническими навыками).

90. Добиваться того, чтобы все медицинские образовательные учреждения разрабатывали свои учебные программы с учетом приоритетов глобального здравоохранения и потребностей своей страны, уделяя особое внимание группам, которые находятся в уязвимом положении, включая, в частности, инвалидов и лиц, нуждающихся в паллиативной помощи.

91. Добиваться согласованности действий государственных ведомств, при этом уделяя первоочередное внимание потребностям населения в области здравоохранения и праву на здоровье.

92. Добиваться того, чтобы учебные программы в области медицины и здравоохранения обеспечивали сбалансированность знаний и умений в различных сферах компетенции, включая общественное здравоохранение, профилактику заболеваний, общинную и социальную медицину, охрану и уход в сфере психического здоровья, паллиативное лечение, медицинскую этику, медицинское право, управленческие навыки, навыки общения и права человека.

93. Добиваться того, чтобы в медицинских училищах и школах подготовки медицинских сестер отбор кандидатов происходил без какой-либо дискриминации и отражал потребности страны.

94. Добиваться того, чтобы подготовка медицинских сестер и общинных медицинских работников пользовалась профессиональным признанием, а программы такой подготовки разрабатывались медицинскими сестрами и общинными медицинскими работниками.

95. Признать исключительно важную роль медицинских сестер и среднего медицинского персонала и выделять бюджетные средства для обеспечения достойных условий их труда.

96. Добиваться того, чтобы все медицинские работники получали достаточную и надлежащую заработную плату.

97. Инвестировать адекватные средства в системы здравоохранения, с тем чтобы медицинские работники могли предоставлять медицинские услуги, которые имеются в наличии, являются доступными, приемлемыми для всех и высококачественными.

98. Разрешить надзор за учебными медицинскими программами со стороны независимых экспертов для определения того, содействуют ли такие программы развитию здравоохранения и использованию основанных на правах человека подходов к охране здоровья.

Специальный докладчик настоятельно призывает национальные профессиональные организации работников здравоохранения:

99. Брать на себя ответственность за обеспечение того, чтобы учебные программы школ работников медицины и общественного здравоохранения, а также всех колледжей, в которых проводится подготовка медицинских кадров, прочно опирались на базовые концепции прав человека и права на здоровье.

100. Содействовать применению стимулов для повышения привлекательности занятости в сфере первичного медико-санитарного обслуживания.

101. Содействовать применению стимулов для привлечения людей на работу в сельских или отдаленных районах, в том числе, помимо прочего, путем предоставления им жилья.

102. Нести ответственность за медицинскую профессию и использовать механизмы самоуправления, с тем чтобы их представители обладали знаниями и навыками и были пропитаны духом основанных на правах человека подходов к предоставлению медицинской помощи и общественному здравоохранению.

Специальный докладчик настоятельно призывает руководство университетов и других медицинских учебных заведений:

103. Добиваться того, чтобы их учебные программы отражали национальные кадровые стратегии в области здравоохранения.

104. Обеспечивать постоянное развитие учебных программ, с тем чтобы они удовлетворяли потребности общества и отражали новые знания и возникающие приоритетные задачи в области здравоохранения, в том числе связанные с изменением климата.

105. Следить за тем, чтобы все учебные программы прочно опирались на базовые концепции прав человека и права на здоровье, которые способствуют пониманию того, что медицинские работники должны взаимодействовать с группами, находящимися в уязвимом положении, включая лиц с ограниченными возможностями.

106. Отбирать для прохождения обучения кандидатов, которые являются выходцами из проблемных и сельских районов и отражают все многообразие общества.

107. Устранять пробел в знаниях, существующий в медицинском образовании в вопросах охраны психического здоровья, основанной на соблюдении прав человека и фактических данных, и искоренять предвзятость в знаниях, связанную с чрезмерной опорой медицинского образования на совокупность медико-биологических принципов.

108. Скорректировать приоритеты исследований в области охраны психического здоровья таким образом, чтобы содействовать проведению независимых, качественных и основанных на широком участии исследований в области социальных наук, и изучать альтернативные модели обслуживания, не носящие принудительного характера и предотвращающие чрезмерные медикализацию и помещение в лечебные учреждения.