

**Сессия 2019 года**

27 июля 2018 года – 26 июля 2019 года

Пункт 19 f) повестки дня

**Социальные вопросы и вопросы прав человека:
права человека****Экономические, социальные и культурные права****Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций
по правам человека****Резюме*

В настоящем докладе, представленном в соответствии с резолюцией 48/141 Генеральной Ассамблеи, Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по правам человека рассматривает вопрос о том, как система прав человека, в частности право на здоровье и право на социальное обеспечение, могут способствовать разработке концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения и ее практическому применению. В докладе отмечен ряд ключевых правозащитных проблем, связанных с распространением всеобщего охвата услугами здравоохранения, таких как доступ к медикаментам, дефицит медицинских кадров, воздействие коррупции и наличие многочисленных групп и слоев населения, которые исключены из сферы охвата услугами здравоохранения. Верховный комиссар приходит к выводу, что всеобщий охват медицинским обслуживанием должен соответствовать характеру права на здоровье как инклюзивного права на всеобъемлющее оказание услуг и основополагающие предпосылки здоровья и пониматься как включающий в себя эффективный доступ и предпосылки здоровья, а также систему официального охвата населения.

* В силу обстоятельств, не зависящих от стороны, представившей настоящий доклад, было принято решение издать его после установленной даты публикации.



I. Введение

1. В октябре 2018 года главы государств и правительств, участвовавшие в конференции в Астане, вновь подтвердили обязательства, предусмотренные в Алма-Атинской декларации, которая была принята на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в сентябре 1978 года, и в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Итогом конференции стала Астанинская декларация, в которой государства обязались «продолжать [работу] для достижения [всеобщего охвата услугами здравоохранения], с тем чтобы все люди имели равный доступ к качественной и эффективной медико-санитарной помощи, в которой они нуждаются, обеспечивая, чтобы пользование этими услугами не создавало для них финансовых трудностей». 23 сентября 2019 года Генеральная Ассамблея в соответствии со своей резолюцией 72/139 проведет заседание высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения. Это заседание даст государствам-членам прекрасную возможность разработать план обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, в основу которого заложены право на здоровье, право на социальное обеспечение и другие права, направленные на поддержание здоровья. Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по правам человека подчеркивает, что государствам настоятельно необходимо включить тематику прав человека в их заявления и политику, касающиеся всеобщего охвата услугами здравоохранения, чтобы тем миллионам людей, которые оказались забыты, наконец-то были предоставлены их права наравне с другими.

2. Впервые получив международное признание в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1946 году, право на здоровье наиболее полно определено в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, где государства – участники Пакта признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Право на здоровье также гарантируется Всеобщей декларацией прав человека и другими договорами по правам человека на глобальном и региональном уровнях¹. В части доступа к медикаментам, медицинским технологиям и методам лечения особенно актуальным является право на пользование результатами научного прогресса и их практического применения² с уделением особого внимания доступности инноваций, необходимых для обеспечения достойной жизни (см. A/HRC/20/26, пункт 29).

3. Еще одно право, имеющее важнейшее значение для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения – это право на социальное обеспечение, включая социальное страхование, которое также защищено положениями Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, Конвенции о правах инвалидов, Всеобщей декларации прав человека и других документов. Международная организация труда (МОТ) разработала всеобъемлющий свод норм в сфере социальной защиты. К их числу относятся Конвенция о минимальных нормах социального обеспечения 1952 года (№ 102), Конвенция о медицинской помощи и пособиях по болезни 1969 года (№ 130) и сопровождающие их Рекомендация о медицинской помощи и пособиях по болезни 1969 года (№ 134), Рекомендация о медицинском обслуживании 1944 года (№ 69) и Рекомендация о минимальных уровнях социальной защиты 2012 года (№ 202). Цель этих стандартов – обеспечить достижение «всеобщей охраны здоровья, основанной на гарантированном доступе всех нуждающихся лиц по меньшей мере к основной медико-санитарной помощи, услугам по профилактике и охране материнства»³.

¹ См. Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о правах ребенка, Конвенцию о правах инвалидов, Африканскую хартию прав человека и народов, Европейскую конвенцию о правах человека и Дополнительный протокол к Американской конвенции о правах человека в области экономических, социальных и культурных прав.

² См. Всеобщую декларацию прав человека, пункт 1 статьи 27, и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, пункт 1 b) статьи 15.

³ ILO, *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals* (Geneva, International Labour Office, 2017), p. 102.

4. Значительная часть дискуссии о содержании понятия всеобщего охвата услугами здравоохранения была посвящена другим аспектам, не относящимся к сфере прав человека. Поэтому главные цели настоящего доклада заключаются в том, чтобы оценить вклад, который система прав человека может внести в разработку и внедрение концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения, и выделить ключевые правозащитные принципы, которыми нужно руководствоваться при проведении государственной здравоохранительной политики в этой области. Верховный комиссар особо отмечает основные правозащитные аспекты охвата услугами здравоохранения, к которым относится такой межсекторальный аспект, как неравенство, и формулирует ряд соответствующих рекомендаций.

II. Здоровье и устойчивое развитие

5. Здоровье населения является фундаментом устойчивого развития, и низкие показатели в сфере здравоохранения оказывают прямое влияние на способность общества к процветанию и повышению устойчивости к бедствиям. Например, неинфекционные заболевания ежегодно уносят жизни 41 млн человек, что составляет 71% общемирового числа смертных случаев. По имеющимся данным, порядка 15 млн случаев летального исхода относятся к возрастной группе 30–69 лет, охватывая значительную долю рабочей силы⁴. Согласно оценкам ВОЗ, каждый четвертый на протяжении своей жизни будет подвержен психическим или неврологическим расстройствам⁵. Поскольку в мировом масштабе от таких заболеваний страдают примерно 450 млн человек, объем глобальных экономических потерь, вызванных тяжелым психическим состоянием людей, которые оказываются вынуждены прекратить трудовую деятельность и жить в бедности, в настоящее время составляет порядка 1 трлн долларов в год⁶. Медицинское обслуживание, как никакой другой элемент социальной защиты, является необходимым для экономики в целом и для обеспечения экономического подъема в частности⁷.

6. Государства – члены Организации Объединенных Наций признали наличие взаимосвязи между здоровьем и развитием в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, где предусмотрен «мир, в котором все имеют равный и всеобщий доступ к качественному образованию на всех уровнях, медицинскому обслуживанию и социальной защите, мир, в котором гарантировано физическое, духовное и социальное благополучие». Поскольку особое внимание в Повестке-2030 уделено равенству, в основу обязательств «никого не забыть» и «охватить в первую очередь самых отстающих» заложены правозащитные принципы равенства и недискриминации и принятие приоритетных мер в интересах уязвимых и социально отчужденных слоев общества.

7. Всеобщий охват услугами здравоохранения имеет непосредственное отношение к цели 3 в области устойчивого развития (обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте): включенная в нее задача 3.8 предусматривает в качестве элементов всеобщего охвата услугами здравоохранения защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех. Поскольку Цели в области устойчивого развития носят «комплексный и неделимый характер», другие цели также имеют значение для всеобщего охвата услугами здравоохранения: цель 1 предусматривает стремление к повсеместной ликвидации нищеты во всех ее формах, а ее задача 1.3 – к тому, чтобы внедрить на национальном уровне надлежащие системы и меры социальной защиты для всех, включая установление минимальных уровней, и к 2030 году достичь существенного охвата бедных и уязвимых слоев населения.

⁴ См. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

⁵ См. www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.

⁶ См. www.who.int/mental_health/evidence/atlas/atlas_2017_web_note/en/.

⁷ ILO, *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice* (Geneva, International Labour Office, 2014), p. 100.

Цель 10 посвящена сокращению неравенства внутри стран и между ними, а ее задача 10.4 (принять соответствующую политику, особенно бюджетно-налоговую политику и политику в вопросах заработной платы и социальной защиты, и постепенно добиваться обеспечения большего равенства) ориентирована на ряд факторов, способствующих всеобщему охвату услугами здравоохранения. Гендерное равенство как одна из важнейших предпосылок здоровья охватывается целью 5 (обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек): поставленные в ней задачи направлены, в частности, на пресечение дискриминации, искоренение насилия в отношении женщин и девочек и прекращение пагубных видов практики, таких как калечение женских половых органов и заключение детских, ранних и принудительных браков.

III. Осмысление концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения

8. Общепринятое определение термина «всеобщий охват услугами здравоохранения» еще предстоит разработать. При этом заинтересованные стороны, участвующие в поощрении всеобщего охвата услугами здравоохранения, в частности государства-члены и нормативные организации, такие как ВОЗ и МОТ, способствовали прояснению применимых норм и выявлению их технического содержания и других элементов. Правозащитные принципы также служат ориентиром в осмыслении всеобщего охвата услугами здравоохранения (см. пункты 32–45 ниже).

9. Хотя в Алма-Атинской декларации термин «всеобщий охват услугами здравоохранения» не употребляется, эта декларация явилась качественно новым шагом на пути определения первичной медико-санитарной помощи как основополагающего фактора в обеспечении здоровья для всех. В статье VI этой декларации определено, что первичная медико-санитарная помощь «составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития». Статья II Астанинской декларации гласит, что укрепление первичной медико-санитарной помощи представляет собой наиболее всеохватный, эффективный и результативный подход к повышению уровня физического и психического здоровья людей, а также социального благополучия, и что первичная медико-санитарная помощь является краеугольным камнем устойчивой системы здравоохранения, необходимой для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

10. Начиная с 2008 года Генеральная Ассамблея ежегодно принимает резолюцию «Здоровье населения мира и внешняя политика». В своей резолюции 67/81, принятой в 2012 году, Ассамблея, в частности, уделила большое внимание всеобщему охвату услугами здравоохранения, который подразумевает, что все люди без дискриминации имеют доступ к национально определенному комплексу необходимых и направленных на укрепление здоровья, превентивных, лечебных и реабилитационных базовых медицинских услуг и к основополагающим безопасным, доступным, эффективным и качественным медикаментам. В то же время использование этих услуг не должно подвергать пользователей финансовым трудностям, причем особое внимание следует уделять малообеспеченным, уязвимым и социально отчужденным слоям населения. В своей резолюции 72/139 Ассамблея вновь подтвердила эти три компонента и включила в комплекс базовых медицинских услуг паллиативное обслуживание. Она предложила государствам-членам поощрять эффективное, полное и конструктивное участие всех людей, в частности тех, кто относится к уязвимым группам или находится в уязвимом положении, в разработке, осуществлении и отслеживании реализации законов, стратегий и программ в области охраны здоровья, включая стратегии обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

11. Согласно совместному докладу ВОЗ и Всемирного банка о глобальном мониторинге (2017 год) всеобщий охват услугами здравоохранения означает, что всем

лицам предоставляются медицинские услуги, в которых они нуждаются, включая услуги государственного здравоохранения, направленные на улучшение состояния здоровья (например, информационные кампании и налоги, нацеленные на борьбу с курением), на профилактику заболеваний (например, кампании по вакцинации) и на оказание терапевтических, реабилитационных и паллиативных услуг (например, по уходу в конце жизни) достаточного качества, обеспечивающего их эффективность, наряду с принятием мер к тому, чтобы пользование этими услугами не ставило пациента в тяжелое финансовое положение⁸. Эти три взаимосвязанные цели можно объединить в таком определении: «равенство доступа к медицинскому обслуживанию», высокое качество и защита от финансового риска⁹.

12. Что касается установления взаимосвязи между всеобщим охватом услугами здравоохранения и социальным обеспечением, то в этой связи следует отметить вклад МОТ, подготовившей для заинтересованных сторон обширный свод нормативных и политических рекомендаций, основополагающий принцип которых состоит в том, что всеобщий охват услугами здравоохранения представляет собой неотъемлемую часть системы минимальных гарантий социальной защиты, которая должна быть доступна для всех. Универсальный характер охвата услугами здравоохранения предполагает, что «во всех странах нужно предусмотреть законодательно закрепленные и оговоренные правозащитные подходы для охвата всего населения, в том числе работников формального и неформального секторов экономики и членов их семей». В рамках такой системы внедрение и практическое применение этих подходов являются одной из предпосылок доступа к медицинскому обслуживанию¹⁰.

13. В Рекомендации МОТ о минимальных уровнях социальной защиты (2012 год) (№ 202), где правозащитные основы рассматриваются с точки зрения прямого признания взаимозависимости систем здравоохранения и социальной защиты, государствам предлагается установить и поддерживать минимальные уровни социальной защиты, включающие основные гарантии социального обеспечения. Эти минимальные уровни социальной защиты должны по меньшей мере включать в себя основные гарантии социального обеспечения, в том числе: а) доступ к национально установленным видам товаров и услуг, составляющим важнейшие медицинские услуги, в том числе по охране материнства, соответствующие критериям наличия, доступности, приемлемости и качества; б) основные гарантированные доходы на детей, не ниже национально установленного минимального уровня, позволяющие обеспечить доступ к питанию, образованию, уходу и любым другим необходимым товарам и услугам; в) основные гарантированные доходы, не ниже национально установленного минимального уровня, для лиц экономически активного возраста, не способных получать достаточный доход, в частности в результате болезни, безработицы, беременности и родов и утраты трудоспособности; и д) основные гарантированные доходы, не ниже национально установленного минимального уровня, для лиц пожилого возраста¹¹.

14. В 2017 году комиссия высокого уровня, созданная Панамериканской организацией здравоохранения для рассмотрения вопроса о всеобщей системе здравоохранения, признала оказание первичной медико-санитарной помощи «в качестве необходимого и стабильного пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения»¹². Она особо отметила значение «матрицы социального неравенства» для признания неравенства «исторической и структурной характеристикой» обществ в этом регионе и для выявления «факторов, формирующих жизненные обстоятельства людей». Таким образом, в докладе комиссии понятие «всеобщее здравоохранение» раскрывается как включающее справедливый доступ к

⁸ WHO, World Bank, *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*, p. xii.

⁹ См. www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.

¹⁰ ILO, *World Social Protection Report 2014/15*, p. 102.

¹¹ Ibid., annex.

¹² Pan American Health Organization, *Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata*, report of the High-Level Commission (Washington, D.C., Pan American Health Organization, 2019), p. 3.

охране здоровья и к качественным, всеобъемлющим медицинским услугам, а также охват ими населения¹³.

IV. Актуальность системы прав человека

15. В силу целого ряда причин система прав человека необходима для формулирования, внедрения, мониторинга и обзора стратегий всеобщего охвата услугами здравоохранения:

а) В Уставе Организации Объединенных Наций государства-члены вновь утвердили веру в основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности, в равноправие мужчин и женщин и в равные права больших и малых народов. В упоминавшихся выше договорах по правам человека, а также во многих других договорах, заключенных с течением лет, развивается содержание этих прав и подчеркивается их универсальность. Таким образом, правозащитные нормы и стандарты – это юридически связывающие обязательства, а не просто выбор политического курса.

б) Использование системы и языка прав человека носит трансформирующий характер. Специальный докладчик по вопросу о правах человека и крайней нищете отметил, что вопрос о правах человека предполагает определенный контекст и подробную и сбалансированную правовую базу; он подразумевает конкретные правовые обязательства, которые оговорены государствами в различных международных договорах о правах человека; он показывает, что определенные ценности не подлежат обсуждению; он имеет конкретную степень нормативной определенности; и он привносит в обсуждения тщательно согласованные определения значений конкретных прав, которые появились в результате десятилетий размышлений, дискуссий и выработки решений (A/70/274, пункт 65). Эти элементы имеют ключевое значение для согласованности политики и являются основным фактором направления усилий и оценки результатов.

в) Цель системы прав человека заключается в исправлении неравенства возможностей, которое приводит к искажению показателей состояния здоровья. Как видно по многим ситуациям, когда доступ к системе здравоохранения ограничен или когда взаимодействие с ней затруднено, несправедливое соотношение возможностей в конечном счете оказывает существенное влияние на показатели состояния здоровья. Например, в сфере психического здоровья различия в возможностях между правообладателями и поставщиками медицинских услуг имеют основное значение для доступа к медицинской помощи и услугам и для их качества; результатом этих различий является значительное сокращение ожидаемой продолжительности жизни для больных лиц по сравнению с населением в целом¹⁴. Учитывая подъем частного сектора как влиятельного финансового и политического субъекта, способного бросить вызов государственным структурам на глобальном и национальном уровнях, правозащитные принципы имеют важнейшее значение для защиты прав, связанных со здоровьем людей.

г) Одной из отличительных функций системы прав человека является защита уязвимых и социально отчужденных членов социума. Ее основные принципы – равенство и недискриминация, инклюзивность и участие, достоинство и справедливость. Практика показывает, что среди исключенных из охвата услугами здравоохранения чаще всего оказываются категории и группы населения, которые находятся в ситуациях социального отчуждения или страдающие от дискриминации. Кроме того, эти категории и группы будут непропорционально страдать от опасных для здоровья факторов, таких как неадекватные жилищные и санитарные условия в трущобах или загрязнение воздуха внутри жилища от использования горючих материалов. Учет правозащитных принципов и норм в ходе разработки и внедрения

¹³ Ibid., pp. 4 and 9.

¹⁴ Royal College of Psychiatrists, “Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health”, occasional paper OP88, March 2013, p. 27.

концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения позволит заняться анализом и поиском решения таких многогранных проблем, как дискриминация и отчуждение.

V. Основные правозащитные проблемы на пути расширения охвата услугами здравоохранения

16. Главной предпосылкой и залогом всеобщего охвата услугами здравоохранения является равенство; при этом миллионы людей регулярно оказываются исключенными из сферы охвата услугами здравоохранения под воздействием сочетания нескольких факторов, включая коммерциализацию медицинского обслуживания, недофинансирование сектора здравоохранения, недостаточную приоритетность, дискриминацию и бедность. В разделе ниже Верховный комиссар рассматривает конкретные проблемы, которые указывают на необходимость включения прав человека в сферу охвата услугами здравоохранения, чтобы она стала поистине всеобщей.

A. Межсекторальные проблемы

17. Более половины населения мира не имеет достаточного доступа к основным видам надлежащего медицинского обслуживания, таким как дородовой уход и базовые услуги по лечению малярии, ВИЧ/СПИДа и туберкулеза¹⁵. Между регионами и группами населения наблюдаются широкие диспропорции: услугами здравоохранения не охвачены 56% мирового сельского населения (основную часть которого составляют жители Африки) по сравнению с 22% населения городов¹⁶. Население стран с низким доходом не имеет массового доступа к основным медицинским услугам; недавно ВОЗ фактически подтвердила, что такие показатели, как получение квалифицированной акушерской помощи, доля женщин, чьи потребности в планировании семьи удовлетворены с помощью современных методов контрацепции, и охват населения вакцинацией, в этих странах также являются более низкими¹⁷. Один из явных показателей дефицита в охвате услугами здравоохранения – катастрофически высокие медицинские расходы – затрагивает более высокую долю населения в странах со средним доходом, чем в странах с низким или высоким доходом¹⁸.

18. Несмотря на значительные препятствия финансового характера, главными причинами утраты доступа к качественной медицинской помощи и услугам наравне с другими лицами являются социально-экономические предпосылки здоровья, такие как неравенство, дискриминация и бедность. Для затронутых групп и слоев населения социально-экономическое отчуждение нередко усугубляется одновременным воздействием ряда перекрестных форм дискриминации, которая может проявляться по признакам возраста, пола, этнической принадлежности, миграционного статуса, сексуальной ориентации, инвалидности или состояния здоровья и сохраняться благодаря вредным гендерным, культурным или социальным нормам и стигматизации. Неравенство приводит к утрате гражданских прав, ограничивает пользование другими правами человека и обрекает людей на нищету, отсутствие перспектив, слабое здоровье и сокращение продолжительности жизни. Комиссия высокого уровня (см. пункт 14 выше) выявила парадигму социальных факторов, которая характеризуется «появлением и укреплением экономической модели, основанной на глобализации и расширении частного сектора, наряду с растущим уровнем коммерциализации условий жизни и увеличением численности городского

¹⁵ См. [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

¹⁶ ILO, *Universal social protection for human dignity, social justice and sustainable development*, International Labour Conference (Geneva, International Labour Office, 2019), para. 101.

¹⁷ WHO, *World Health Statistics Overview 2019: Monitoring Health for the SDGs*, 2019, p. 8.

¹⁸ Ibid.

населения», последствия которой включают в себя ухудшение состояния окружающей среды, создание экологически нерациональных условий жизни и изменение климата¹⁹.

19. Рабочая группа высокого уровня по вопросам здоровья и прав человека женщин, детей и подростков, созданная в мае 2016 года в рамках совместной инициативы Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) и ВОЗ, пришла к выводу, что «на фоне подъема национализма, маргинализации миллионов людей, включая незарегистрированных мигрантов, беженцев, жителей трущоб и представителей коренных народов, параллельно совершаются нарушения их прав, что приводит к ухудшению состояния индивидуального и общественного здоровья и, следовательно, к подрыву стабильности обществ в целом»²⁰. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья отметил нарастающую тенденцию к применению и оправданию узкого и избирательного подхода к правам человека, которая ставит под вопрос саму суть принципов и норм в области прав человека (A/HRC/29/33). Выступая за систему охраны здоровья, которая основана на правах, а не является лишь привилегией самых богатых групп населения, МОТ указывает на глобальный кризис здравоохранения, характеризующийся «отсутствием права на здоровье»²¹. Взаимодействие всех упомянутых факторов привело к тому, что права человека не учитываются надлежащим образом при разработке, проведении, мониторинге и обзоре политики в области здравоохранения, в том числе в части всеобщего охвата услугами здравоохранения.

В. Доступ к медикаментам

20. Почти 2 млрд человек во всем мире лишены своего права на пользование результатами научного прогресса и их практического применения из-за отсутствия доступа к основным медикаментам²². Например, что касается ВИЧ/СПИДа, то в 2017 году носителями ВИЧ в мировом масштабе являлись 36,9 млн человек, причем лишь 21,7 млн из них имели доступ к антиретровирусной терапии. В тот же период 20% беременных женщин, живущих с ВИЧ, не имели доступа к антиретровирусным препаратам для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку²³. Согласно статистике Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), из 1,8 млн детей в мире, живущих с ВИЧ, только 52% проходят антиретровирусную терапию²⁴. По данным исследования, проведенного Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), хотя за период 2010–2017 годов глобальные показатели заболеваемости ВИЧ снизились на 25%, масштабы распространения этого заболевания среди употребляющих инъекционные наркотики лиц и их партнеров возрастает. Заболеваемость туберкулезом и вирусным гепатитом в этой группе населения высока, и недостаточные объемы инвестиций привели к дефициту услуг по ограничению ущерба, таких как программы обмена иглами и шприцами, лечение от наркозависимости, предупреждение передозировки, тестирование и лечение ВИЧ, туберкулеза и гепатита В и С²⁵.

21. Одним из основных препятствий для доступа к медикаментам является их дороговизна, из-за которой основные медикаменты, методы лечения и технологии

¹⁹ Ibid., p. 8.

²⁰ WHO, *Leading the realization of human rights to health and through health: report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents* (2017), p. 7.

²¹ ILO, “Addressing the Global Health Crisis: Universal Health Protection Policies”, *Social Protection Policy Papers*, 2014, p. 2.

²² WHO, “Access to medicines: making market forces serve the poor”, 2017, p. 14.

²³ См. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.

²⁴ См. <https://data.unicef.org/topic/hivaids/paediatric-treatment-and-care/>.

²⁵ См. выступление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека от 28 апреля 2019 года на Международной конференции по снижению вреда в 2019 году; можно ознакомиться по адресу www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24529&LangID=E.

становятся недоступными для многих пациентов²⁶. Кроме того, на ценовую конъюнктуру влияют недостаточная активность государственной политики, в частности в сфере регулирования деятельности частного сектора по затруднению или упрощению доступа, неадекватная поддержка разработки медикаментов и медицинских технологий, не обеспечивающих высокой рыночной отдачи, и «чрезмерная охрана интеллектуальной собственности», которая препятствует производству и распространению недорогих генерических лекарств²⁷.

C. Медицинские кадры

22. Для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения требуется наличие достаточного количества квалифицированных, эффективных и заинтересованных кадров, позволяющего удовлетворять имеющиеся потребности. Согласно оценкам, по состоянию на 2017 год лишь в половине всех стран мира имелись медицинские кадры, необходимые для оказания качественных услуг в системе здравоохранения (из расчета 30 терапевтов, 100 медсестер или акушерок и 5 фармацевтов на 10 000 человек)²⁸. В этой области также наблюдаются диспропорции внутри стран, между странами и даже между отдельными видами медицинских услуг²⁹. Страны Африки к югу от Сахары, Юго-Восточной и Южной Азии и ряд стран Океании испытывают наибольший дефицит кадров; в некоторых случаях более 80% населения лишены доступа к медицинскому обслуживанию и смежным услугам по причине нехватки работников здравоохранения³⁰. Дефицит медицинских кадров все тяжелее сказывается на положении лиц пожилого возраста: более половины из них не имеют доступа к услугам по долговременному уходу³¹.

23. Одной из причин, порождающих нехватку медицинских кадров, являются неблагоприятные условия труда, которые не способствуют привлечению и удержанию квалифицированных врачей и медперсонала. Право медицинских работников на справедливые и благоприятные условия труда, в том числе на справедливую заработную плату и на безопасность и гигиену труда, защищено международным правом. В секторе здравоохранения, как и в других секторах, тяжелые условия труда отталкивают наиболее квалифицированных и компетентных работников, что, в свою очередь, благоприятствует развитию коррупции. Известно, что миграция медицинских кадров как еще одно следствие отказа в праве на труд в большей степени затрагивает страны «глобального Юга», откуда специалисты этого профиля уезжают в поисках более выгодных мест для работы.

D. Целевые группы

1. Инвалиды

24. Согласно оценкам, в настоящее время в мире проживает 1 млрд инвалидов, и ожидается, что их количество будет расти³². Вследствие дискриминации и социального отчуждения инвалидам грозит повышенный риск ухудшения состояния здоровья, чем населению в целом, и поэтому они с большей вероятностью могут нуждаться в услугах здравоохранения и пользоваться ими (A/73/161, пункт 5). При этом инвалиды также могут чаще сталкиваться с препятствиями, обусловленными нехваткой доступных коммуникаций, информации, оборудования, жилой среды и транспорта для проезда в медицинские учреждения и обратно; ограниченностью доступа к полному спектру необходимых им услуг, таких как реабилитация и

²⁶ См. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.

²⁷ Global Commission on HIV and the Law, *HIV and the Law: Risks, Rights & Health*, July 2012, p. 8.

²⁸ “GBD 2017: a fragile world”, *Lancet*, vol. 392, No. 10159 (10 November 2018), p. 1683.

²⁹ См. WHO, *World health statistics overview 2019*, p. 8.

³⁰ “GBD 2017: a fragile world”, *Lancet*.

³¹ ILO, *World Social Protection Report 2017-19*, p. 109.

³² WHO, World Bank, *World Report on Disability* (2011), pp. xi, 21–31.

ассистивные устройства; и недостаточным уважением их права на свободное и осознанное согласие.

25. Кроме того, из-за своего прежнего состояния здоровья инвалиды исключаются из системы медицинского страхования и имеют меньше шансов воспользоваться программами страхования от профессиональных заболеваний³³. В результате инвалиды на 50% чаще рискуют понести огромные расходы на лечение, которые обрекают их на нищету и непосредственно влияют на их права на образование, на источник жизнеобеспечения и на участие в жизни общества³⁴. Для урегулирования этой ситуации государствам следует принять меры к тому, чтобы система всеобщего охвата услугами здравоохранения включала в себя полный спектр медицинских услуг, которые могут быть необходимы инвалидам как компоненты жизненно важной медицинской помощи, в том числе реабилитационные услуги и ассистивное оборудование, как это предложила ВОЗ в своем списке приоритетных вспомогательных устройств³⁵.

2. Мигранты

26. Доступ к медицинской помощи и услугам является одной из проблем, с которой сталкиваются мигранты в странах транзита и назначения и которая обусловлена отсутствием юридической защиты их права на здоровье, действием законов или административных постановлений, предусматривающих непосредственный отказ мигрантам в доступе к медицинскому обслуживанию, культурным и языковым барьерами, а в случае нелегальных мигрантов – еще и страхом задержания или высылки³⁶. Мигрантов нередко заставляют оплачивать медицинские услуги в пункте обслуживания по причине их гражданства или иммиграционного статуса. Кроме того, если в одних странах отказывать в первичной медицинской помощи нельзя, то в других нелегальные мигранты либо исключены из сферы оказания каких-либо услуг, либо по-прежнему должны оплачивать полную стоимость полученного лечения, что может удерживать их от обращения за медицинской помощью³⁷.

27. Мигранты, находящиеся в уязвимом положении, могут страдать тяжелыми психическими расстройствами под воздействием тех многочисленных лишений, с которыми они сталкиваются из-за тяжелых и небезопасных условий жизни и труда, социальной изоляции и серьезных нарушений прав человека, совершаемых на маршрутах их миграции. Доступ к медицинской помощи и услугам, не относящимся к сфере неотложной помощи, зачастую зависит от подтверждения статуса, такого как свидетельство наличия легального места проживания, страховки или работы, вследствие чего подавляющее большинство нелегальных мигрантов лишается такого доступа. Транзитные мигранты могут не получать доступа к медицинскому обслуживанию из-за нехватки медицинского персонала и оборудования на маршрутах миграции или на международных границах, а также из-за политики криминализации или сдерживания нелегальной миграции путем угрозы мигрантам арестом, задержанием и высылкой, которая толкает мигрантов переходить на нелегальное положение. Мигранты нередко прерывают или отсрочивают вакцинацию, в том числе для детей, родившихся в процессе миграции, опасаясь действий иммиграционных властей в пунктах медицинской помощи или оказания на них давления для продолжения миграционного перехода. Как в странах транзита, так и в странах назначения нелегальные мигранты зачастую не охватываются вакцинацией по причине их статуса либо из-за недостатка финансовых ресурсов или информации.

³³ См. Lena Morgon Banks and Sarah Polack, *The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries*, 2014.

³⁴ WHO, World Bank, *World Report on Disability*, pp. 66–69.

³⁵ См. www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/EMP_PHI_2016.01/en/.

³⁶ OHCHR, *The Economic, Social and Cultural Rights of Migrants in an Irregular Situation*, 2014, p. 10.

³⁷ *Ibid.*, p. 42.

3. Лица, страдающие редкими заболеваниями

28. Среди населения мира 300–400 млн человек имеют редкие заболевания³⁸, квалифицируемые в Европейском союзе как болезни, которыми страдают не более пяти человек из 10 000³⁹. Половину лиц, страдающих такими заболеваниями, составляют дети, причем 30% из них умирают, не достигнув пятилетнего возраста⁴⁰. Хотя отдельные болезни, как правило, затрагивают небольшие группы населения, общее число лиц, страдающих редкими заболеваниями, составляет порядка 4% мирового населения. Учитывая, что большинство редких заболеваний – это сложные, хронические, дегенеративные и зачастую опасные для жизни болезни, ключевое значение для борьбы с ними имеет доступ к недорогим, качественным и физически доступным медицинским услугам, в том числе к долговременному уходу⁴¹. Поскольку варианты лечения имеются лишь для 5% редких заболеваний, такие болезни во многих случаях оказываются запущенными, что в немалой степени обусловлено неэффективностью рыночной и государственной политики.

29. Даже при наличии доступа к той или иной форме медицинской помощи охват такой помощью ориентирован на общие проблемы здоровья населения в целом, т. е. внимание, уделяемое потребностям и правам лиц, страдающих редкими заболеваниями, является незначительным или вообще отсутствует. По данным Европейского агентства лекарственных средств, даже минимальный набор научных знаний накоплен менее чем по 1 000 заболеваний; ограниченность медицинских и научных знаний о редких заболеваниях влечет за собой маргинализацию соответствующей категории пациентов, в результате чего множество людей остается без диагноза, а при разработке методов лечения возникают трудности⁴². Следовательно, уровень наличия и качества медицинской помощи и услуг остается низким, особенно в части недостатков, вызванных такими болезнями. Редкие заболевания зачастую провоцируют стигматизацию и дискриминацию, и многие лица, страдающие такими заболеваниями, оказываются лишенными возможности заниматься трудовой деятельностью и полностью и эффективно интегрироваться в жизнь общества.

Е. Коррупция

30. Коррупция была охарактеризована как «одно из главных препятствий на пути эффективного поощрения и защиты прав человека»⁴³. Она не только подрывает способность государств мобилизовать в максимальной степени имеющиеся ресурсы для обеспечения услуг, необходимых для реализации экономических, социальных и культурных прав, но и ведет к дискриминации в доступе к государственным услугам в пользу тех, кто способен оказать влияние на властные структуры, в том числе посредством взяток или политического давления⁴⁴. Коррупция не только не позволяет направлять скудные ресурсы туда, где они наиболее необходимы, но и искажает проводимую политику, ослабляет доверие общества к системе здравоохранения и в конечном счете подрывает усилия, направленные на обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения⁴⁵.

³⁸ См. IFPMA, *Rare Diseases: shaping a future with no-one left behind*, 2014; можно ознакомиться по адресу www.ifpma.org/wp-content/uploads/2017/02/IFPMA_Rare_Diseases_Brochure_28Feb2017_FINAL.pdf. См. также <https://globalgenes.org/wp-content/uploads/2015/12/2016-WRDD-Fact-Sheet.pdf>.

³⁹ См. IFPMA, *Rare Diseases*.

⁴⁰ См. <https://globalgenes.org/wp-content/uploads/2015/12/2016-WRDD-Fact-Sheet.pdf>.

⁴¹ См. Rare Diseases International, “Rare Diseases: The Missing Keystone of Universal Health Coverage”, 2019.

⁴² См. www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/orphan-designation-overview.

⁴³ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 24 (2017) об обязательствах государств по Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах в контексте предпринимательской деятельности, пункт 20.

⁴⁴ Там же.

⁴⁵ См. www.transparency.org/topic/detail/health; см. также A/72/137, пункт 12.

31. Коррупционные действия в секторе здравоохранения особенно активны в силу нескольких причин, к которым относятся несопоставимость возможностей, в частности между медицинскими работниками и пациентами, а также между правительством, частным сектором и правообладателями; неопределенность, присущая отбору, мониторингу, оценке и предоставлению медицинских услуг; и сложность систем здравоохранения (A/72/137, пункт 16). Вовлеченность нескольких сторон – от директивных органов до поставщиков услуг и отдельных врачей – является осложняющим фактором, создающим благоприятную почву для «бесчисленных нелегальных сделок коррупционного характера между различными субъектами»⁴⁶. Коррупция в секторе здравоохранения принимает такие разные формы, как взяточничество, абсентеизм, недобросовестные рыночные отношения, злоупотребление служебными/руководящими полномочиями, неофициальные выплаты и спровоцированный спрос⁴⁷.

VI. Применение основных правозащитных принципов к сфере всеобщего охвата услугами здравоохранения

32. Учитывая характер права на здоровье как исключительного права, охватывающего основополагающие предпосылки здоровья⁴⁸, всеобщий охват услугами здравоохранения следует понимать как включающий в себя эффективный доступ, укрепление здоровья, профилактику заболеваний и другие предпосылки здоровья, а также официальный охват населения. Уделение повышенного внимания охвату населения стимулирует развитие терапевтических услуг; кроме того, как видно на примере неинфекционных болезней, укрепление здоровья и профилактика заболеваний являются важнейшими компонентами эффективных мер реагирования. Хотя при решении вопроса о том, как достичь всеобщего охвата услугами здравоохранения, государства обладают свободой маневра, принципы прав человека должны служить ориентиром при разработке, осуществлении, мониторинге и обзоре политики в этой области, а также при обеспечении подотчетности. В разделе ниже Верховный комиссар показывает, насколько они актуальны для всеобщего охвата услугами здравоохранения.

A. Уровни обязательств

33. На государства возложена обязанность уважать, защищать и осуществлять свои обязательства в области прав человека. Согласно системе права на здоровье, обязательство уважать требует от государств воздерживаться от прямого или косвенного вмешательства в осуществление права на здоровье, обязательство защищать требует принятия мер по предупреждению вмешательств третьей стороны, а обязательство осуществлять предписывает государствам принимать надлежащие меры для полного осуществления права на здоровье⁴⁹.

34. Аналогичные обязательства действуют и в отношении права на социальное обеспечение: уважение этого права включает отказ от любой практики или деятельности, которая, например, пресекает или ограничивает равный доступ к адекватному социальному обеспечению⁵⁰; для его защиты требуется принятие мер с тем, чтобы, например, не позволить третьим лицам отказать кому-либо в равном доступе к программам социального обеспечения, находящимся под их управлением

⁴⁶ Subrata Chattopadhyay, “Corruption in healthcare and medicine: Why should physicians and bioethicists care and what should they do?”, *Indian Journal of Medical Ethics*, vol. X, No. 3 (July–September 2013), p. 154.

⁴⁷ European Commission, *Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector*, 2017, pp. 9 and 37.

⁴⁸ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000 год) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья, пункт 12.

⁴⁹ Там же, пункт 33.

⁵⁰ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 19 (2007 год) о праве на социальное обеспечение, пункт 44.

или под управлением других субъектов, и установить необоснованные условия доступа; и осуществление предполагает принятие мер для обеспечения полной реализации права на социальное обеспечение, таких как осуществление программы социального обеспечения. Хотя для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения актуальным является прежде всего обязательство осуществлять оба эти права, обязанности уважать и защищать имеют важное значение, например, при регулировании распространения вредных продуктов субъектами частного сектора, при регулировании влияния частного сектора на доступ к основным медикаментам и другим медицинским услугам и товарам или при ликвидации дискриминации в сфере доступа к медицинскому обслуживанию⁵¹.

В. Максимальный объем имеющихся ресурсов и постепенное осуществление прав

35. Согласно пункту 1 статьи 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, государства-участники обязуются использовать максимальный объем имеющихся ресурсов для постепенного полного осуществления признаваемых в Пакте прав. Выражение «максимальный объем имеющихся ресурсов» относится как к ресурсам самого государства, так и к ресурсам, которые оно может получить в рамках международного сотрудничества и помощи, и влечет стратегические последствия для мобилизации поступлений и для государственных расходов (см. E/2017/70)⁵². В этой связи налогообложение широко признано одним из самых значительных и предсказуемых источников формирования государственных ресурсов; оно является важным инструментом устранения системной дискриминации, обеспечения равного пользования экономическими, социальными и культурными правами и финансирования основных услуг, системы социальной защиты и мер по сокращению масштабов нищеты (A/HRC/26/28, пункты 3, 17 и 36). Хотя государства вправе по своему усмотрению разрабатывать собственную налоговую политику, принятые ими обязательства в области прав человека ограничивают их дискреционные полномочия в этой сфере; чтобы государства уважали, защищали и осуществляли права человека, проводимая ими налоговая политика должна регулироваться этими обязательствами (там же, пункт 4).

36. Процесс постепенного осуществления прав требует от государств незамедлительного принятия конкретных, целевых и активных мер для реализации экономических, социальных и культурных прав⁵³. Существуют веские основания предполагать, что принятие ретроактивных мер запрещено. В случае преднамеренного принятия любых ретроактивных мер государство-участник обязано доказать, что эти меры вводятся после крайне тщательного изучения всех возможных альтернатив и что они являются оправданными для всей совокупности прав, предусмотренных Пактом в контексте всестороннего применения государством-участником максимальных имеющихся ресурсов⁵⁴. Поэтому есть основания предположить наличие запрета на принятие мер бюджетной консолидации, таких как политика жесткой экономии, отличительной чертой которых нередко является сокращение расходов на социальные нужды (см. E/2013/82).

С. Право на здоровье и право на социальную защиту

37. Согласно пункту 2 статьи 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, полное осуществление права на здоровье требует принятия различных мер, в том числе: а) обеспечения сокращения смертности

⁵¹ Там же, пункты 50–51; см. также Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 19, пункт 45.

⁵² См. также E/C.12/2007/1, пункт 5.

⁵³ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, пункт 30.

⁵⁴ Там же, пункт 32.

и детской смертности и здорового развития ребенка; b) улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности; c) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними; и d) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни. В соответствии с правозащитным подходом, разработанным на основе этих норм, национальные правительства должны принять меры к тому, чтобы обеспечить на основе недискриминации наличие достаточного количества медицинских учреждений, товаров и услуг, которые являются физически и экономически доступными. Они должны соответствовать научным и медицинским критериям, а также требованиям качества и медицинской этики⁵⁵. Неотъемлемыми характеристиками осуществления права на здоровье являются участие и подотчетность.

38. Право на социальное обеспечение охватывает право на доступ к благам, будь то в денежном или натуральном виде, и владение ими без дискриминации в целях обеспечения защиты в случае: a) отсутствия трудового дохода из-за болезни, инвалидности, беременности и родов, производственной травмы, безработицы, наступления старости или смерти какого-либо члена семьи; b) недоступности медицинских услуг из-за их высокой стоимости; и c) недостаточного размера семейных пособий, в частности на детей и взрослых иждивенцев⁵⁶. Пособия, будь то в денежном или натуральном выражении, должны быть адекватными по размерам и продолжительности, чтобы содействовать осуществлению прав на защиту и поддержку семьи, на достаточный жизненный уровень и доступ к медицинским услугам⁵⁷. Первичная медицинская помощь (включая доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам на недискриминационной основе, снабжение основными лекарствами, доступ к услугам репродуктивного здоровья и здоровья матери и ребенка и к вакцинации от основных инфекционных заболеваний) является частью основного содержания права на социальное обеспечение.

39. Защита права на здоровье – это одна из предпосылок осуществления других прав человека, особенно тех, которые необходимы для сохранения достоинства, обеспечения самостоятельности и реализации потенциала. Учитывая взаимосвязанный и неделимый характер прав человека, верно также и обратное: право на здоровье можно полностью осуществить лишь тогда, когда сохраняются другие права человека, особенно права на социальное обеспечение, достаточное жилище, водоснабжение и санитарные услуги, участие, свободу от дискриминации, образование, информацию и питание. Право на социальное обеспечение, в частности, закрепляет пользование хотя бы минимумом основных элементов экономических и социальных прав, таких как право на здоровье и право на питание, защищает на протяжении жизненного пути от рисков и непредвиденных обстоятельств и имеет важнейшее значение в контексте таких эндемических заболеваний, как ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия⁵⁸. Всеобъемлющая система социальной защиты помогает вести борьбу с множественными формами лишений и невзгод, связанных с заболеванием, таких как доступность медицинской помощи, сопутствующие немедицинские расходы, например на транспорт, и потеря дохода или стажа из-за отсутствия на работе. Квалификация других прав человека, в том числе права на социальное обеспечение, в качестве предпосылок права на здоровье упрощает разработку всеобъемлющей, общеправительственной политики, охватывающей все секторы, которые имеют отношение к здравоохранению.

D. Равенство и недискриминация

40. Хотя целью обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения является достижение равенства и инклюзивности, реальная ситуация такова, что доступ к

⁵⁵ Там же, пункт 12.

⁵⁶ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 19, пункт 2.

⁵⁷ Там же, пункт 22.

⁵⁸ Там же, пункт 13.

качественным медицинским услугам, товарам и учреждениям определяется, в частности, такими факторами, как материальный достаток, привилегии, влияние, социальное отчуждение, личные данные и место проживания. Наличие вопиющих проявлений неравенства в доступе к медицинской помощи и услугам в ряде богатейших стран наряду с успехами других стран в расширении охвата населения, несмотря на дефицит ресурсов в их медицинских учреждениях⁵⁹, убедительно свидетельствует о том, что политика, влияющая на охват услугами здравоохранения, зачастую является результатом политического выбора, который не обязательно или не всегда последовательно опирается на анализ ресурсов, которые фактически или потенциально могут задействоваться на нужды здравоохранения.

41. На государствах лежит особая обязанность предоставлять тем, кто не имеет для этого достаточных средств, необходимое медицинское страхование и доступ к учреждениям системы здравоохранения, а также предотвращать любую дискриминацию по запрещенным на международном уровне признакам в оказании медицинских услуг, в особенности применительно к основным обязательствам в отношении права на здоровье⁶⁰. Основные обязательства, такие как снабжение жизненно важными медикаментами и обеспечение справедливого распределения всех объектов, товаров и услуг здравоохранения и доступа к медицинской помощи и услугам на недискриминационной основе, приводят к немедленному наступлению ответственности государства и не допускают ни постепенного осуществления, ни отступления⁶¹.

42. Таким образом, неграждане должны иметь возможность доступа к не требующим предварительных взносов программам по поддержанию уровня доходов, а также соответствующий их средствам доступ к медицинским услугам и программам помощи семье. Все люди имеют право на первичную и экстренную медицинскую помощь независимо от их гражданства, места жительства или иммиграционного статуса. Беженцы, лица без гражданства и просители убежища, а также другие обездоленные и социально отчужденные лица и группы должны иметь равный доступ к программам социального обеспечения, не требующим предварительной уплаты взносов, включая разумный доступ к медицинским услугам и программам помощи семье, которые соответствуют международным стандартам⁶². Примерами нарушений права на здоровье являются непринятие мер с целью сокращения несправедливого распределения объектов, товаров и услуг в сфере здравоохранения и недостаточное выделение или ненадлежащее использование государственных ресурсов, приводящие к тому, что отдельные лица или группы, в частности уязвимые или социально отчужденные лица, не имеют возможности пользоваться правом на здоровье⁶³.

Е. Участие

43. Право участвовать в ведении государственных дел имеет ключевое значение для осуществления других прав человека. Оно является демократическим императивом, цель которого – обеспечивать представленность всех точек зрения в случаях, когда речь идет о принятии общественно значимых решений. В рамках права на здоровье и права на социальное обеспечение все заинтересованные стороны должны иметь возможность участвовать во всех этапах разработки, принятия, осуществления, мониторинга и обзора политики. Например, для составления бюджета с учетом прав человека необходимы транспарентные процессы и механизмы при участии затронутых общин и координация действий целого ряда государственных

⁵⁹ См. проведенную МОТ оценку положения в Руанде (www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568702.pdf) и Таиланде (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568679.pdf).

⁶⁰ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, пункт 19.

⁶¹ Там же, пункты 30, 43 и 47.

⁶² Там же, замечание общего порядка № 19, пункты 37 и 38.

⁶³ Там же, замечание общего порядка № 14, пункт 52.

министерств и ведомств совместно с другими ключевыми субъектами, такими как частный сектор, партнеры в области развития и гражданское общество (см. A/HRC/21/22 и Согг. 1 и 2, пункт 52).

44. Участие дает возможность проводить важный внутренний анализ, в частности при расстановке приоритетов и предотвращении политических компромиссов, которые могут навредить процессу обеспечения охвата услугами здравоохранения. Так, например, чтобы сфера укрепления здоровья давала эффективные результаты, она должна предполагать значимое участие правообладателей на уровне общин⁶⁴. В соответствии с обязательством охватывать социально отчужденных и уязвимых членов общества, таких как дети, подростки, инвалиды и лица, живущие в нищете, необходимо обеспечивать участие этих лиц, непосредственно учитывать их мнения и уделять им приоритетное внимание при рассмотрении вопросов, которые в исключительном порядке затрагивают каждую группу⁶⁵. Учитывая отсутствие консенсуса в вопросе о расстановке приоритетов в сфере оказания медицинских услуг, охват услугами здравоохранения является той областью, в которой участие заинтересованных сторон, особенно на уровне общин, имеет основное значение.

Е. Подотчетность

45. Как отметил Верховный комиссар в одном из предыдущих докладов, концепция подотчетности носит комплексный и многоплановый характер, а обеспечение подотчетности в сфере прав человека требует использования многочисленных форм обзора и контроля и зависит от повышения ответственности целого ряда сторон на различных уровнях как в рамках сектора здравоохранения, так и вне его рамок (A/HRC/38/37, пункт 37). Подотчетность имеет сквозной характер для всех аспектов разработки, осуществления, мониторинга и обзора политики. Как указала в своем докладе Рабочая группа высокого уровня по вопросам здоровья и прав человека женщин, детей и подростков (см. пункт 19 выше), укрепление подотчетности является одной из главных опор рационального управления и в процессе выполнения уполномоченными субъектами своих обязательств перед правообладателями открывает широкие возможности для осуществления права на здоровье и прав человека. Формирование надежных механизмов и процедур подотчетности в сфере охвата услугами здравоохранения позволяет обеспечить, чтобы политические меры, включая финансирование здравоохранения, меры по ликвидации дискриминации и неравенства и меры по борьбе с коррупцией, были постоянно ориентированы на достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения. Важно отметить, что для подотчетности требуется наличие легкодоступных процедур правовой защиты (судебных или квазисудебных) на случай нарушений права на здоровье или права на социальное обеспечение.

VII. Выводы и рекомендации

А. Выводы

46. **Различные заинтересованные стороны, занимающиеся обеспечением всеобщего охвата услугами здравоохранения, по-разному расставляют порядок приоритетов. Тем не менее, как представляется, в настоящее время формируется консенсус по ряду аспектов, которые признаны основными для всеобщего охвата услугами здравоохранения: первичная медико-санитарная помощь; паллиативный уход; определенный на национальном уровне набор товаров и услуг; охрана материнства; экстренная помощь; доступ к медикаментам;**

⁶⁴ См. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), “Non-discrimination in HIV responses”, 3 May 2010, paras. 18–22.

⁶⁵ Конвенция о правах инвалидов, статья 4 (3); Комитет по правам инвалидов, замечание общего порядка № 7 (2018) об участии инвалидов, включая детей-инвалидов, через представляющие их организации в осуществлении и мониторинге Конвенции.

уделение внимания структурным и социальным проявлениям неравенства, потребностям социально отчужденных и нуждающихся групп и проблеме дискриминации; защита от финансовых рисков; укрепление здоровья; и профилактика заболеваний.

47. В правозащитных нормах особое внимание уделяется наличию, доступности, приемлемости и качеству медицинских услуг, учреждений и товаров. В них также даются четкие рекомендации относительно значения термина «универсальность», согласно которому доступ к медицинской помощи и услугам не должен ограничиваться лишь теми, кто в состоянии платить, или теми, кто имеет социальный пакет по месту работы на официальном рынке труда. Принцип недискриминации предполагает стремление к всеобщему охвату услугами здравоохранения с предоставлением защиты негражданам, таким как нелегальные мигранты, а также группам и слоям населения, которые обычно оказываются неохваченными, таким как лица пожилого возраста, лица, живущие в нищете, инвалиды и лица, страдающие редкими заболеваниями.

48. Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения – это не просто проблема в области финансов экономики или развития, а проблема социальной справедливости и равенства, касающаяся осуществления всех прав человека, связанных с охраной здоровья, пользование которыми имеет основное значение для человеческого достоинства и права на жизнь. Проблемы, стоящие на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения, разнообразны и сложны; они оказывают влияние на многочисленные права миллионов людей и требуют проведения политики, соответствующей поставленной цели. С точки зрения прав человека это означает внедрение такого толкования всеобщего охвата услугами здравоохранения, которое включает в себя основополагающие предпосылки здоровья. Для их решения также требуется политическое руководство, в том числе на высших уровнях, позволяющее провести преобразования, которые должны предварять переориентацию государственной политики в сфере здравоохранения на правозащитные модели всеобщего охвата услугами здравоохранения. Такой вектор руководства будет направлять политические изменения в общеправительственном подходе при поддержке облеченных соответствующими правами, информированных и заинтересованных субъектов.

49. В свете вышеизложенных выводов Верховный комиссар формулирует следующие рекомендации.

В. Рекомендации

50. Поскольку масштабы осуществления прав человека, в том числе права на здоровье и права на социальное обеспечение, определяются законами, политикой и практикой, государствам следует проводить регулярные обзоры своих законодательных и политических механизмов с целью выявления пробелов в системах охвата услугами здравоохранения и социальной защиты, препятствий для доступа к медицинским услугам и той степени, в которой указанные механизмы соответствуют праву на здоровье, праву на социальное обеспечение и другим правам, связанным с охраной здоровья. Такие обзоры помогут выявлять группы населения, которые оказались забыты, те факторы, которые стали причиной их социального отчуждения, воздействие коррупции и структурные, административные, правовые и социальные предпосылки здоровья.

51. Государствам следует, опираясь на результаты представленного выше всестороннего правозащитного анализа, внести изменения в свои законы и политику для устранения недостатков в области прав человека, выявленных в ходе этого анализа, и привести их в соответствие с международными правозащитными стандартами. Государствам нужно, в частности, принять меры к тому, чтобы их правовые и политические механизмы были нацелены на устранение дискриминации в доступе к медицинской помощи и услугам, обеспечивали эффективный доступ к медикаментам, методам лечения и

технологиям для всех лиц без дискриминации и защищали права лиц, страдающих редкими заболеваниями, нелегальных мигрантов, инвалидов и других уязвимых групп, в том числе при необходимости – посредством принятия особых мер.

52. Всеобщий охват услугами здравоохранения нужно обеспечить напрямую через законодательство, в котором учтены права инвалидов. Эффективное законодательство основано на принципах прав человека; в тем также закрепляется роль различных уполномоченных субъектов на правительственном уровне, налагаются обязанности, признаются правообладатели и их права, пресекается дискриминация при охвате услугами здравоохранения, уделяется приоритетное внимание участию граждан и обеспечивается надежное регулирование деятельности частного сектора в соответствии с Руководящими принципами предпринимательской деятельности в аспекте прав человека.

53. Государствам следует принять национальные планы и стратегии постепенного осуществления права на здоровье и права на социальное обеспечение, упорядочивающие всеобщий охват медицинскими услугами в секторах здравоохранения и социального обеспечения с целью достижения всеобъемлющего покрытия всех лиц без проявления дискриминации.

54. В сфере всеобщего охвата услугами здравоохранения Верховный комиссар рекомендует государствам:

а) обеспечить участие заинтересованных сторон в расстановке приоритетов и в разработке, осуществлении, мониторинге и оценке политики и программ;

б) расширять возможности правообладателей по участию и отстаиванию своих прав на охват услугами здравоохранения благодаря образовательным и просветительским мероприятиям;

в) принять меры к созданию и укреплению на общинном, субнациональном и национальном уровнях прозрачных и доступных механизмов для привлечения к участию заинтересованных сторон.

55. Для обеспечения независимой подотчетности Верховный комиссар предлагает государствам:

а) создавать и/или укреплять прозрачные, инклюзивные и коллективные процессы и механизмы, уполномоченные давать рекомендации относительно принятия мер для восстановления прав как в системе здравоохранения, так и в системе правосудия;

б) разработать национальные стратегии расширения доступа к механизмам отправления правосудия и обеспечивать доступность судебных разбирательств и процессуальные коррективы для инвалидов;

в) обеспечить эффективный доступ к средствам правовой защиты и возмещения в связи с нарушениями права на здоровье, права на социальное обеспечение и других прав, связанных с охраной здоровья.

56. Государствам следует привлекать имеющиеся международные ресурсы и оказывать поддержку в соответствии с обязанностью вести международное сотрудничество. Верховный комиссар настоятельно призывает их, действуя в партнерстве с соответствующими международными и региональными организациями, гражданским обществом и местными общинами:

а) запрашивать техническую помощь при разработке и осуществлении программ и стратегий укрепления и расширения охвата услугами здравоохранения, обеспечивать предоставление качественных услуг и укреплять защиту от финансовых рисков для социально отчужденных групп и общин, включая инвалидов, мигрантов и других лиц;

b) поддерживать укрепление потенциала, в том числе посредством учебных программ и обмена информацией, опытом и передовой практикой в области расширения охвата услугами здравоохранения в условиях ограниченности ресурсов;

c) сотрудничать в деле обеспечения непрерывности обслуживания мигрантов, в частности нелегальных мигрантов;

d) производить обмен техническим опытом и передовой практикой в целях улучшения положения медицинских кадров, особенно в части обеспечения справедливых и благоприятных условий труда, решения проблемы миграции врачей и медперсонала и предоставления профессиональной подготовки, в том числе в области прав человека.

57. Верховный комиссар настоятельно призывает государства привести свою налоговую политику и процедуры планирования и составления бюджета в соответствие с принципами прав человека, чтобы обеспечить эффективное использование максимального объема имеющихся ресурсов для равного пользования правом на здоровье и правом на социальное обеспечение.

58. Государствам-членам следует внедрить широкий подход к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, включающий в себя правозащитные принципы и стандарты, которые отмечены в настоящем докладе. Верховный комиссар предлагает им при поддержке Управления Верховного комиссара и других заинтересованных сторон рассмотреть вопрос о разработке свода руководящих положений о всеобщем охвате услугами здравоохранения и правах человека для содействия применению правозащитного подхода к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. На основе таких руководящих положений Управление Верховного комиссара планирует пересмотр практики на уровне государств, призванный оценить, в какой степени государства выполняют свои обязательства по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также оказание содействия обмену передовой практикой в этой области.