



**ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ**

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2003/58
13 February 2003

RUSSIAN
Original: ENGLISH

КОМИССИЯ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

Пятьдесят девятая сессия

Пункт 10 предварительной повестки дня

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ПРАВА

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

**Доклад Специального докладчика Пола Ханга, представленный
в соответствии с резолюцией 2002/31 Комиссии* ****

* В соответствии с пунктом 8 резолюции 53/208 В Генеральной Ассамблее этот документ представляется с опозданием, с тем чтобы включить в него самую последнюю обновленную информацию.

** Приложения к настоящему документу распространяются только на языке представления.

Резюме

В своей резолюции 2002/31 Комиссия по правам человека постановила назначить на трехлетний период специального докладчика с мандатом, основное внимание в котором будет уделено праву каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. В августе 2002 года на должность Специального докладчика был назначен Пол Хант (Новая Зеландия). В настоящем предварительном докладе Специальный докладчик излагает свой общий подход к выполнению мандата.

Специальный докладчик, подчеркнув важное значение, которое он придает налаживанию регулярного диалога и обсуждению возможных направлений сотрудничества со всеми соответствующими субъектами, приводит обзор источников и сферы охвата права на здоровье.

В докладе определяются три основные задачи, связанные с выполнением мандата: поощрять - и предлагать другим поощрять - право на здоровье в качестве основополагающего права человека; прояснять контуры и содержание права на здоровье; и выявлять эффективную практику для практического осуществления права на здоровье на уровне общины, на национальном и международном уровнях.

Цель Специального докладчика состоит в рассмотрении этих трех задач в рамках двух взаимосвязанных тем: право на здоровье и нищета (в этой связи в докладе кратко рассматриваются цели, поставленные в Декларации тысячелетия в области здравоохранения); и право на здоровье, дискриминация и стигматизация. Обе темы позволяют Специальному докладчику рассмотреть ряд важных вопросов, затронутых в резолюции 2002/31, в частности гендерную проблематику, потребности детей, расовую дискриминацию и проблему ВИЧ/СПИДа.

В докладе приводится обзор шести показательных проблем, которые Специальный докладчик хотел бы, при наличии ресурсов, рассмотреть сквозь призму права на здоровье: а) стратегии сокращения масштабов нищеты; б) "запущенные болезни"; в) оценки воздействия; д) соответствующие соглашения Всемирной торговой организации; е) психическое здоровье; ф) роль специалистов в области здравоохранения.

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
Введение.....	1 - 9	4
I. ПРАВО ЧЕЛОВЕКА НА ЗДОРОВЬЕ.....	10 - 36	7
A. Источники права на здоровье	10 - 21	7
B. Контурсы и содержание права на здоровье	22 - 36	10
II. ШИРОКИЕ ЗАДАЧИ	37 - 40	13
III. ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ	41 - 68	15
A. Нищета и право на здоровье	44 - 58	15
B. Дискриминация и стигматизация и право на здоровье	59 - 68	20
IV. КОНКРЕТНЫЕ ПРОЕКТЫ, ПРОБЛЕМЫ И ВМЕШАТЕЛЬСТВО	69 - 98	23
A. Стратегии сокращения масштабов нищеты	70 - 72	24
B. "Запущенные болезни"	73 - 81	25
C. Оценки воздействия	82 - 85	27
D. Всемирная торговая организация и право на здоровье	86 - 89	29
E. Право на психическое здоровье	90 - 94	30
F. Специалисты в области здравоохранения	95 - 98	31
V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	99	32

Приложения

I. Некоторые международные договоры, касающиеся права на здоровье	38
II. Некоторые из последних резолюций Комиссии по правам человека, касающихся права на здоровье.....	42

Введение

1. В своей резолюции 2002/31 Комиссия по правам человека постановила назначить на трехлетний период специального докладчика с мандатом, основное внимание в котором будет уделено праву каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, как об этом говорится в пункте 1 статьи 25 Всеобщей декларации прав человека (ВДПЧ), статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП), статье 24 Конвенции о правах ребенка (КПР) и статье 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), а также праву не подвергаться дискриминации, как об этом говорится в подпункте e) iv) статьи 5 Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации (МКЛРД).

2. Специальному докладчику предложено: а) собирать, запрашивать, получать из всех соответствующих источников информацию, касающуюся вопросов здоровья, и обмениваться ею; б) наладить диалог и обсудить возможные направления сотрудничества со всеми соответствующими субъектами, включая правительства, соответствующие органы, специализированные учреждения и программы Организации Объединенных Наций, в частности Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и Объединенную программу Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, а также неправительственные организации (НПО) и международные финансовые учреждения; в) представить доклад о положении в мире с осуществлением права на здоровье, в том числе о законодательстве, политике, эффективной практике и препятствиях; и г) подготовить рекомендации о соответствующих мерах по поощрению и защите осуществления права на здоровье. Далее, Специальному докладчику предлагается учитывать в своей работе гендерную проблематику и уделять особое внимание потребностям детей в осуществлении права на здоровье, учитывать соответствующие положения, среди прочего, Дурбанской декларации и Программы действий, а также учитывать, в частности, Замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП) и Общую рекомендацию № 24, принятую Комитетом по ликвидации дискриминации в отношении женщин. Настоящий предварительный доклад представляется в соответствии с резолюцией 2002/31.

Консультации и сотрудничество

3. В августе 2002 года на должность Специального докладчика был назначен Пол Хант (Новая Зеландия). В ограниченное время, которое имелось с момента его назначения и до окончательных сроков представления настоящего предварительного доклада, Специальный докладчик проводил максимально широкие консультации. Специальный

докладчик на предварительной и неофициальной основе провел консультации с рядом государств и широким кругом должностных лиц ВОЗ. Кроме того, у него состоялись предварительные неофициальные обсуждения с представителями ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ и Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения, а также в Вашингтоне, округ Колумбия, - с должностными лицами Всемирного банка и Международного валютного фонда (МВФ). Специальный докладчик также консультировался с организациями гражданского общества, включая ассоциации специалистов в области здравоохранения, такие, как Всемирная медицинская ассоциация.

4. У Специального докладчика состоялась встреча с Верховным комиссаром и заместителем Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, которым он выражает глубокую признательность за поддержку и поощрение его деятельности.

5. В ноябре 2002 года Международная служба по правам человека - в сотрудничестве с Центром по вопросам охраны здоровья и правам человека "Франсуа-Ксавье Банью" при Гарвардской школе общественного здравоохранения, Управлением Верховного комиссара по правам человека и ВОЗ - организовала в Центральном учреждении Организации Объединенных Наций проведение брифинга для обсуждения Специальным докладчиком его мандата с дипломатами, представителями учреждений Организации Объединенных Наций и НПО. Специальный докладчик хотел бы поблагодарить всех тех, кто участвовал в организации этого мероприятия.

6. Специальный докладчик благодарен всем, с кем он провел консультации, и надеется на углубление обсуждений в ходе таких консультаций в предстоящем году. Он придает большую важность пункту 5 b) его мандата, в котором ему предложено "наладить регулярный диалог и обсудить возможные направления сотрудничества со всеми соответствующими субъектами", и надеется провести консультации с теми из них, с кем он еще не имел возможности встретиться. Специальный докладчик будет признателен за замечания относительно задач (часть II), тем (часть III) и показательных проектов и проблем (часть IV), которые описаны в настоящем предварительном докладе.

7. В соответствии со своим мандатом Специальный докладчик стремится, по мере возникновения таких возможностей и в рамках отводимых ресурсов, перейти от консультаций к сотрудничеству с соответствующими национальными и международными субъектами: правительствами, национальными правозащитными учреждениями, договорными органами Организации Объединенных Наций по правам человека, тематическими и страновыми специальными докладчиками и другими независимыми экспертами, учреждениями и программами Организации Объединенных Наций,

международными финансовыми учреждениями, специалистами в области здравоохранения, организациями гражданского общества и другими субъектами. Например, Специальный докладчик хотел бы сотрудничать с министерствами здравоохранения и другими соответствующими ведомствами в деле оказания им помощи по выявлению законодательства, политики и программ, направленных на поощрение и защиту права на здоровье. В ходе выполнения своего мандата Специальный докладчик попытается продемонстрировать, что осуществление права на здоровье может способствовать разработке более эффективной политики в области здравоохранения и укреплению позиций министерств здравоохранения на национальном уровне. Далее, на международном уровне осуществление права на здоровье может способствовать реализации поставленных в Декларации тысячелетия задач по достижению глобальной справедливости и общей ответственности.

Основополагающий принцип

8. В ходе своей работы Специальный докладчик будет руководствоваться основополагающим принципом, состоящим в том, что международное право прав человека, включая право на здоровье, должно последовательно и планомерно осуществляться в рамках всех соответствующих национальных и международных процессов разработки политики. Что касается разработки политики на международном уровне, то этот принцип отражен в Венской декларации и Программе действий, а также в докладах Генерального секретаря "Обновление Организации Объединенных Наций: программа реформы" (1997 год)¹, "Укрепление Организации Объединенных Наций: программа дальнейших преобразований" (2002 год)² и "План осуществления Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций" (2001 год)³. Кроме того, этот принцип нашел также свое отражение в позиции, занятой Комиссией по правам человека, в частности в ее резолюции, в которой она призвала государства - участники МПЭСКП "обеспечить учет положений Пакта во всех соответствующих национальных и международных механизмах разработки политики"⁴.

9. Однако если этот принцип не является чисто декларативным, то необходимо ответить на два следующих вопроса. Во-первых, что привносят в процесс разработки политики права человека *вообще*? И во-вторых, что привносят в процесс разработки политики *конкретные* права человека, такие, как право на здоровье? В ходе своей работы Специальный докладчик попытается ответить на эти два кардинальных вопроса, и в особенности на второй, с уделением особого внимания праву на здоровье.

I. ПРАВО ЧЕЛОВЕКА НА ЗДОРОВЬЕ

A. Источники права на здоровье

1. Международные источники

10. Принятый в 1946 году Устав (Конституция) ВОЗ гласит следующее: "Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения". Основы международно-правовых рамок права на здоровье были заложены два года спустя в пункте 1 статьи 25 ВДПЧ. С тех пор право на здоровье было кодифицировано в многочисленных международных и региональных договорах о правах человека, имеющих обязательную юридическую силу. В следующих пунктах приводится краткий обзор избранных юридических источников права на здоровье.

11. Статья 12 МПЭСКП содержит краеугольные положения о защите права на здоровье по международному праву: этим Пактом вводятся в действие имеющие обязательную юридическую силу положения, которые применяются ко всем лицам в 146 ратифицировавших его государствах. Дополнительные меры по защите права на здоровье маргинализированных групп предусмотрены в международных договорах, посвященных конкретным категориям лиц. Подпункт e) iv) статьи 5 МКЛРД предусматривает меры защиты расовых и этнических групп в связи с осуществлением "права на здравоохранение (и) медицинскую помощь". КЛДЖ содержит ряд положений о защите права женщин на здоровье, в частности подпункт f) пункта 1 статьи 11, статью 12 и подпункт b) пункта 2 статьи 14. В КПП содержатся подробные и тщательно разработанные положения о праве ребенка на здоровье, включая статью 24, которая всецело посвящена праву ребенка на здоровье, а также пункт 3 статьи 3, статьи 17, 23, 25, 32 и 28, предусматривающие меры защиты для особенно уязвимых групп детей. Кроме того, Специальный докладчик отмечает "руководящие принципы", содержащиеся в статьях 2, 3, 6 и 12 КПП, в которых даются указания по осуществлению всех закрепленных в Конвенции прав.

12. В других договорно-правовых документах, таких, как Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи и Декларация о ликвидации насилия в отношении женщин, излагаются дополнительные стандарты в отношении конкретных групп. Перечень международных стандартов по праву на здоровье конкретных групп содержится в приложении I, раздел B. Кроме того, в ряде международных договоров о правах человека предусмотрены связанные с правом на здоровье меры защиты в различных ситуациях, условиях и процессах, в том числе в условиях вооруженного конфликта, в процессе развития, на рабочем месте и в период содержания под стражей.

Перечень этих основных международных стандартов по праву на здоровье в конкретном контексте представлен в приложении I, раздел С.

13. Существенно важно, что в недавних резолюциях Комиссии, включая резолюцию о доступе к терапии (2002/32) и о правах человека инвалидов (2002/61) было сформулировано право на здоровье и вновь подтвержден его статус как права человека. Помимо этого, Комиссия приняла важные резолюции, содержащие положения, которые непосредственно касаются осуществления права на здоровье (см. приложение II).

14. В итоговых документах целого ряда всемирных конференций Организации Объединенных Наций были утверждены далеко идущие обязательства в отношении осуществления права на здоровье. Эти конференции способствуют уделению в глобальной повестке дня приоритетного внимания ряду международных проблем, включая такие вопросы охраны здоровья, как проблема ВИЧ/СПИДа. Их итоговые документы оказывают влияние на процессы разработки международной и национальной политики. Во многих из них содержатся ссылки на право на здоровье и связанные с охраной здоровья права, а также на проблемы здравоохранения. Перечень основных итоговых документов содержится в приложении I, раздел D.

2. Региональные источники

15. Помимо международных стандартов, право на здоровье признается также в региональных договорах о правах человека, включая Африканскую хартию прав человека и народов (статья 16); Африканскую хартию прав и основ благосостояния ребенка (статья 14); Дополнительный протокол к Американской конвенции о правах человека в области экономических, социальных и культурных прав, известный также как "Сан-Сальвадорский протокол" (статья 10); и Европейскую социальную хартию (статья 11).

16. К числу других региональных договоров, которые не содержат конкретных положений, закрепляющих право на здоровье, но предусматривают косвенные механизмы защиты в рамках осуществления других связанных с охраной здоровья прав, относятся Американская декларация прав и обязанностей человека, Американская конвенция о правах человека, Межамериканская конвенция о предупреждении, наказании и искоренении насилия в отношении женщин и Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод и протоколы к ней.

17. Региональные правозащитные механизмы выносят судебные решения по делам, связанным с осуществлением права на здоровье. Одним из таких известных случаев стало принятие в 2002 году Африканской комиссией по правам человека и народов

постановления о нарушении права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Федеративной Республикой Нигерией в связи с нарушениями прав народа огони, допущенными в рамках деятельности нефтяных компаний в дельте Нигера⁵.

18. В других случаях региональные механизмы квалифицировали нарушения других связанных с охраной здоровья прав. Например, по делу *Лонес Остра против Испании* Европейский суд по правам человека признал, что ущерб здоровью человека, причиняемый загрязнением окружающей среды, может быть равнозначным нарушению права на жилище, семейную и частную жизнь⁶. В деле *МС против Португалии* Европейский комитет по социальным правам рассмотрел утверждения, касающиеся случаев детского труда в Португалии. Признав наличие нарушения Европейской социальной хартии, Комитет выразил озабоченность по поводу того, что в различных секторах используется труд значительного числа детей, что "может иметь негативные последствия для здоровья детей, а также для их развития"⁷.

19. В своем решении о приемлемости по делу *Хорхе Оدير Миранда Кортес и др. против Сальвадора* Межамериканская комиссия по правам человека постановила, что, хотя определение нарушений по статье 10 (право на здоровье) Сан-Сальвадорского протокола не входит в ее компетенцию, она "в соответствии с положениями статей 26 и 29 Американской конвенции при своем анализе дела по существу будет принимать во внимание положения, касающиеся права на здоровье"⁸.

3. Источники во внутреннем законодательстве

20. ВОЗ поручила Международной комиссии юристов провести обзор национальных конституций, в которых закрепляются право на здоровье и смежные права⁹. Согласно предварительным выводам этого исследования, которое все еще остается на начальных этапах, свыше 60 конституционных положений предусматривают право на здоровье или право на медицинскую помощь, а более 40 конституционных положений содержат гарантии смежных прав, таких, как право на охрану репродуктивного здоровья, право инвалидов на материальную помощь и право на здоровую окружающую среду. Далее, в конституциях многих стран излагаются обязательства государства в отношении охраны здоровья, в частности обязанность государства развивать службы здравоохранения, из чего могут вытекать правомочия в области охраны здоровья. Кроме того, в некоторых государствах осуществление конституционных положений о праве на здоровье стало предметом обширной судебной практики, и в частности недавнего постановления Конституционного суда Южной Африки по делу *Министр здравоохранения против Кампании действий за надлежащее лечение*. В решении по этому делу Суд признал, что Конституция возлагает на правительство обязанность "разрабатывать и осуществлять

всеобъемлющую и координированную программу постепенной реализации права беременных женщин и их новорожденных детей на доступ к службам здравоохранения в целях борьбы с передачей ВИЧ от матери ребенку¹⁰. Это дело - как и многие другие правовые нормы и решения на международном, региональном и национальном уровнях - подтверждает возможность обеспечения права на здоровье в судебном порядке.

21. В ходе осуществления своего мандата Специальный докладчик предполагает рассмотреть конституционные (и иные) нормы и практику в отношении права на здоровье, с тем чтобы прояснить контуры и содержание права на здоровье и выявить эффективную практику по его осуществлению.

В. Контуры и содержание права на здоровье

22. В нижеследующих пунктах Специальный докладчик ограничивается некоторыми первоначальными замечаниями относительно юридического содержания права на здоровье.

23. *Медицинская помощь и основополагающие предпосылки здоровья.* Право на здоровье является комплексным правом, сфера действия которого распространяется не только на своевременную и надлежащую медицинскую помощь, но и на основополагающие предпосылки здоровья, такие, как доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным условиям, безопасные и здоровые условия труда и здоровая окружающая среда, а также доступ к информационно-пропагандистским мероприятиям в области здоровья, в том числе по вопросам полового и репродуктивного здоровья¹¹.

24. *Свободы и смежные права.* Право на здоровье включает как свободы, так и смежные права. К свободам относятся право на контроль за своим здоровьем, включая право не подвергаться без свободного согласия медицинским или научным опытам. К производным правам относятся право на систему здравоохранения (т.е. медицинскую помощь и основополагающие предпосылки здоровья), обеспечивающую людям равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья¹².

25. *Конкретизация смежных прав*¹³. Право на здоровье является широким понятием, в котором можно выделить такие более конкретные права, как право на:

- материнское, детское и репродуктивное здоровье;
- гигиену труда и здоровую природную среду;

- предупреждение, лечение заболеваний и борьбу с ними, включая доступ к основным медицинским препаратам;
- доступ к безопасной питьевой воде.

26. *Недискриминация и равное обращение.* Недискриминация и равное обращение относятся к числу наиболее важных элементов права на здоровье. Соответственно международное право прав человека запрещает любую дискриминацию в доступе к медицинской помощи и основополагающим предпосылкам здоровья по признакам, запрещенным на международном уровне, включая признак состояния здоровья, цель или действие которой состоит в ущемлении равного пользования правом на здоровье¹⁴.

27. *Безотлагательные обязательства.* Хотя право на здоровье подлежит прогрессивному осуществлению с учетом ограниченности имеющихся ресурсов, оно предполагает различные обязательства, имеющие безотлагательный характер. Эти безотлагательные обязательства включают гарантии недискриминации и равного обращения, а также обязательство принимать преднамеренные, конкретные и целевые меры, направленные на осуществление в полном объеме права на здоровье, в частности разрабатывать национальную стратегию и план действий в области общественного здравоохранения. Прогрессивное осуществление означает, что государства-участники несут конкретное обязательство продолжающегося характера как можно более оперативно и эффективно продвигаться по пути к осуществлению в полном объеме права на здоровье¹⁵.

28. *Международная помощь и сотрудничество.* Государства несут обязательство принимать меры как индивидуально, так и на основе международной помощи и сотрудничества, направленные на осуществление в полном объеме права на здоровье. Например, государства должны уважать право на здоровье, осуществляемое в других странах, обеспечивать, чтобы ни одно международное соглашение или политика не оказывали неблагоприятного воздействия на право на здоровье и чтобы их представители в международных организациях надлежащим образом учитывали право на здоровье, а также несут обязательство по международной помощи и сотрудничеству во всех вопросах, связанных с разработкой политики¹⁶.

29. *Гуманитарная помощь.* Государства несут совместную и индивидуальную ответственность за оказание помощи в случае стихийных бедствий и гуманитарной помощи, в том числе медицинской помощи и помощи в обеспечении питьевой водой, в чрезвычайных ситуациях, в том числе в деле помощи беженцам и внутренним перемещенным лицам¹⁷.

30. *Обязанности всех субъектов.* Хотя государства несут первостепенную ответственность за осуществление норм международного права прав человека, все субъекты в обществе - отдельные лица, местные общины, межправительственные и неправительственные организации, специалисты в области здравоохранения, частные предприятия и т.п. - несут обязательства по реализации права на здоровье¹⁸.

31. *Взаимозависимость.* Право на здоровье тесно связано с осуществлением ряда других прав и основных свобод человека, закрепленных в важных международных договорах о правах человека, включая право на питание, жилище, труд, образование, жизнь, недискриминацию, равенство, свободу не подвергаться пыткам, частную жизнь, участие, доступ к информации и свободу ассоциации, собраний и передвижения¹⁹.

32. *Ограничения.* Иногда государства используют проблемы здравоохранения в качестве оснований для ограничения осуществления других основополагающих прав. Такие ограничения должны вводиться в соответствии с законом, включая международные правозащитные стандарты, быть строго необходимыми для поощрения общего благосостояния в демократическом обществе, быть соразмерными, подвергаться пересмотру и вводиться на ограниченный срок²⁰.

33. *Аналитические рамки.* В последние годы ряд субъектов, занимающихся деятельностью в области прав человека, разработали аналитические рамки или механизмы, цель которых состоит в углублении нашего понимания экономических, социальных и культурных прав. В своих будущих докладах Специальный докладчик надеется провести исследование некоторых или всех таких изменений.

34. Во-первых, КЭСКИП отмечает, что учреждения, товары и услуги в сфере здравоохранения, включая основополагающие предпосылки здоровья, должны соответствовать критериям наличия, доступности, приемлемости и хорошего качества²¹. Комитет разъясняет каждый из этих терминов - например, "доступность" имеет четыре аспекта: доступность без дискриминации, физическая доступность, экономическая доступность (доступность с точки зрения расходов) и доступность информации, касающейся вопросов здоровья.

35. Во-вторых, КЭСКИП, КЛДЖ и Подкомиссия по поощрению и защите прав человека отмечают, что права человека возлагают на государства три вида обязательств: обязательства уважать, защищать и осуществлять²². Один из вариантов такого анализа закреплен в Конституции Южной Африки.

36. В-третьих, КЭСКП указывает на важное значение показателей и ориентиров²³. Право на здоровье подлежит прогрессивному осуществлению на международном уровне. Это неизбежно означает, что с течением времени будет происходить эволюция в ожидаемых от государства мерах. Для мониторинга за своим прогрессом государство нуждается в механизме контроля за этим изменяющимся аспектом права на здоровье. КЭСКП предполагает, что наиболее соответствующий механизм состоит в комбинированном применении национальных показателей и ориентиров осуществления права на здоровье. Так, государство определяет соответствующие показатели осуществления права на здоровье, которые помогут ему в контроле за разными аспектами права на здоровье. Для каждого показателя будет необходима разбивка по запрещенным признакам дискриминации. Тогда государство устанавливает соответствующие национальные цели - или ориентиры - в связи с каждым дезагрегированным показателем. Оно может использовать эти национальные показатели и ориентиры для мониторинга своего прогресса с течением времени, что даст ему возможность определять этапы, на которых в его политику необходимо будет вносить коррективы. Разумеется, какими бы продуманными ни были показатели и ориентиры осуществления права на здоровье, они не в состоянии дать полную картину осуществления права на здоровье в том или ином государстве. В лучшем случае они являются полезными исходными показателями положения в области осуществления права на здоровье в том или ином национальном контексте.

II. ШИРОКИЕ ЗАДАЧИ

37. Специальный докладчик предлагает сосредоточить внимание на трех широких и взаимосвязанных задачах.

1. Поощрять - и предлагать другим поощрять - право на здоровье в качестве основополагающего права человека, закрепленного во многих международных договорах о правах человека, имеющих обязательную юридическую силу, резолюциях Комиссии по правам человека и Конституции ВОЗ.

38. Хотя право на здоровье - это основополагающее право человека с таким же международно-правовым статусом, как свобода вероисповедания или право на справедливое судебное разбирательство, оно не является столь же широко признанным, как эти и другие гражданские и политические права. Многие различные субъекты, такие, как государства, международные организации и группы гражданского общества, могут способствовать повышению авторитетности права на здоровье в качестве основополагающего права человека. Хотя может потребоваться несколько лет, прежде чем право на здоровье обретет в глазах общественности такую же ценность, как и другие

более известные права человека, одна из задач Специального докладчика заключается в том, чтобы содействовать более широкому признанию права на здоровье в качестве основополагающего права человека.

2. Прояснение контуров и содержания права на здоровье. Каков юридический смысл права на здоровье? Какие обязательства вытекают из него?

39. Несмотря на расширение судебной практики в связи с правом на здоровье на национальном и международном уровнях, юридическое содержание этого права еще не получило полного закрепления. В этом нет ничего удивительного, если учесть традиционное игнорирование права на здоровье, равно как и других экономических, социальных и культурных прав. Таким образом, Специальный докладчик ставит перед собой цель прояснить и исследовать контуры и содержание права на здоровье, опираясь при этом на i) эволюционирующую национальную и международную судебную практику и на ii) основные принципы, на которых строится международное право прав человека, такие, как принципы равенства, недискриминации и достоинства личности каждого человека.

3. Выявлять эффективную практику для обеспечения практического осуществления права на здоровье на уровне общины, национальном и международном уровнях.

40. Разумеется, прежде всего важно добиться признания прав человека и понимания их юридического содержания, но затем необходимо обеспечивать практическое применение этих правовых положений. Иными словами, необходимо осуществить переход от национальных и международных норм к эффективной политике, программам и проектам. Вместе с тем отнюдь не сразу становится очевидным то, каким образом обеспечить практическое осуществление права на здоровье, как и ничуть не более самоочевидно, каким образом можно эффективно осуществлять ряд других прав человека. К счастью, в различных государствах имеются примеры образцовых законов, политики, программ и проектов, в которых отражается осуществление права на здоровье. Однако то, что срабатывает в одном контексте, может необязательно срабатывать в другом, из чего можно извлечь определенные уроки. Поэтому Специальный докладчик намеревается собирать примеры эффективной практики по осуществлению права на здоровье, анализировать и поощрять ее. Эта эффективная практика будет изучаться на уровне общины, национальном и международном уровнях и выявляться в деятельности различных субъектов, включая правительства, суды, национальные правозащитные учреждения, специалистов в области здравоохранения, организации гражданского общества и международные организации.

III. ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ

41. Осуществление права на здоровье охватывает широкий и разнообразный диапазон проблем, которые подчас являются весьма сложными. В целях обеспечения более эффективного осуществления своего мандата Специальный докладчик предлагает сосредоточить внимание на двух взаимосвязанных темах. Он не будет ограничиваться исключительно их рассмотрением, но предлагает в широком смысле организовать свою работу на основе двух следующих смежных тем:

- a) право на здоровье и нищета;
- b) право на здоровье, дискриминация и стигматизация.

42. Как подтверждается в Декларации тысячелетия, искоренение нищеты стало одной из ключевых и всеобъемлющих задач политики Организации Объединенных Наций, а также других международных организаций и многих государств. Что касается дискриминации и стигматизации, то оба эти явления по-прежнему серьезно ограничивают и подрывают прогресс в области охраны здоровья.

43. В рамках возложенного на него мандата Специальному докладчику предлагается "учитывать гендерную проблематику" и "уделять особое внимание потребностям детей", а также учитывать положения Дурбанской декларации и Программы действий. Смежные темы нищеты и дискриминации/стигматизации в особенности пригодны для рассмотрения аспектов, касающихся гендерной проблематики, детей и расовой дискриминации. Кроме того, в рамках этих смежных тем возможно рассмотрение и других вопросов, которым Специальный докладчик придает особую важность, в частности проблем психического здоровья и ВИЧ/СПИДа.

A. Нищета и право на здоровье

44. Осуществлению права на здоровье - и других прав человека - надлежит сыграть важную и конструктивную роль в сокращении масштабов нищеты и реализации аналогичных стратегий. Программные меры, которые основаны на признанных на национальном и международном уровнях правах человека, скорее будут эффективными, устойчивыми, всеохватными, справедливыми и значимыми для людей, живущих в условиях нищеты²⁴.

1. Здоровье и нищета

45. Плохое здоровье порождает нищету, не позволяя человеку обеспечивать средства к существованию, сокращая трудовую отдачу работника, не позволяя получить нужное образование и ограничивая другие возможности. Поскольку нищета может становиться причиной ограниченного доступа к медицинской помощи, большей подверженности экологическим рискам, наихудших форм детского труда и недостатка питания, часто плохое здоровье является также одним из последствий нищеты. Другими словами, плохое здоровье является одновременно причиной и следствием нищеты: больные люди скорее становятся малоимущими, а малоимущие более уязвимы перед заболеваниями и более подвержены риску инвалидности.

46. Хорошее здоровье имеет ключевое значение для создания и поддержания на надлежащем уровне потенциала, необходимого для малоимущих для того, чтобы выбраться из нищеты. Такое важнейшее достояние малоимущих, как хорошее здоровье, способствует более полному обеспечению их экономической безопасности. Хорошее здоровье - это не просто результат развития, это - средство для достижения развития. Именно поэтому вопросы здравоохранения занимают важное место в Декларации тысячелетия и Целях развития на пороге тысячелетия Организации Объединенных Наций²⁶.

2. Цели развития на пороге тысячелетия (ЦРТ): важное значение здоровья

47. Из восьми целей, намеченных в ЦРТ, четыре связаны с охраной здоровья:

- a) к 2015 году снизить на три четверти нынешний коэффициент материнской смертности;
- b) к 2015 году сократить на две трети нынешний коэффициент смертности среди детей в возрасте до 5 лет;
- c) к 2015 году остановить распространение ВИЧ/СПИДа, малярии и других тяжелых заболеваний, от которых страдает человечество, и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости ими;
- d) обеспечить экологическую устойчивость.

В пятой цели, намеченной в ЦРТ, - "формирование глобального партнерства в целях развития" - также имеется ряд элементов, тесно связанных с осуществлением права на

здоровье. Далее, 8 из 16 "задач" ЦРТ и 17 из 48 "показателей" ЦРТ имеют непосредственное отношение к здоровью.

48. Учитывая такое пристальное внимание к здоровью в ЦРТ и их "задачах" и "показателях", Специальный докладчик предлагает в ходе своей работы рассматривать связанные со здоровьем ЦРТ сквозь призму права на здоровье, с тем чтобы оказать содействие в их реализации.

3. ЦРТ и право на здоровье

49. Справедливо отмечалось, что структура ЦРТ разработана не по рубрикам прав человека. Специальный докладчик отмечает три конкретных возражения, которые можно сделать относительно ЦРТ с позиций правозащитного подхода.

50. Во-первых, связанные со здоровьем ЦРТ являются неполными: в них не рассматриваются кардинальные проблемы здоровья, существенно характеризующие право на здоровье. Например, в ЦРТ отсутствует упоминание репродуктивного здоровья. Это упущение особенно удивляет, поскольку как в итоговых документах конференций в Каире и Пекине, так и в Международных целях развития (которые предшествовали ЦРТ) содержатся положения о репродуктивном здоровье. Ответ Специального докладчика на эту критику состоит в подчеркивании того, что ЦРТ и не предполагалось сделать всеобъемлющими. Имеются также и другие важнейшие, связанные с охраной здоровья цели и задачи, которые не вошли в ЦРТ. Из этого следует, что ЦРТ необходимо будет доработать и дополнить. Репродуктивное здоровье, безусловно, является неотъемлемым элементом права на здоровье, который необходимо учитывать в любой стратегии, отражающей процесс осуществления права на здоровье.

51. Во-вторых, правозащитный подход предполагает особую озабоченность положением уязвимых лиц и групп. С точки зрения прав человека средние показатели положения населения в целом не дают необходимой информации и могут даже вводить в заблуждение: улучшение средних показателей в области охраны здоровья фактически может маскировать спад таких показателей среди некоторых маргинальных групп. Таким образом, правозащитный подход обуславливает необходимость представления всех соответствующих данных в разбивке, которая позволяет учесть положение конкретных обездоленных групп – малоимущих женщин, меньшинств, коренных народов и т.п. Иногда связанные со здоровьем ЦРТ подвергаются критике за отсутствие в них такой структуры: они не являются дезагрегированными. Отвечая на эту критику, Специальный докладчик указывает, что подход с позиций права на здоровье может стать именно таким полезным дополнением связанных со здоровьем ЦРТ. Надлежащая разбивка данных, на

которой настаивают сторонники этого подхода, может способствовать выявлению программных мер, которые позволят реализовать намеченные в Декларации тысячелетия цели в интересах всех лиц и групп.

52. В-третьих, можно было бы утверждать, что с точки зрения прав человека цель сокращения материнской смертности на три четверти к 2015 году является неприемлемой: такая цель с позиций прав человека должна состоять в безусловном предупреждении всех случаев материнской смертности, которых возможно избежать. Ответ на это возражение дает концепция прогрессивного осуществления, которое является неотъемлемой особенностью реализации многих прав человека, включая право на здоровье. Подход с позиций прав человека не предусматривает безрассудного требования моментально реализовать все права человека. Учитывая нынешние реалии, в том числе ограничения по ресурсам, он допускает прогрессивное осуществление права на здоровье в течение определенного периода.

53. Однако чрезвычайно важно, что правозащитный подход устанавливает условия проведения прогрессивного осуществления, так как в противном случае прогрессивное осуществление может выхолостить суть прав человека и превратить их поощрение в чистой воды словопрения. В качестве одного из примеров таких условий можно отметить, что правозащитный подход требует от государства принимать все зависящие от него меры для как можно более оперативного и эффективного продвижения к цели осуществления в полном объеме права на здоровье. Возьмем другой пример: правозащитный подход предполагает неукоснительное соблюдение минимальных элементарных требований – или базисных обязательств – в отношении права на здоровье. Цель подобных условий состоит в том, чтобы предотвратить злоупотребление концепцией прогрессивного осуществления. Они также помогают понять, почему эффективные, транспарентные и доступные механизмы мониторинга и подотчетности являются существенными характеристиками правозащитного подхода.

54. Таким образом, ЦРТ, предусматривающие сокращение материнской смертности на три четверти к 2015 году, безусловно неприемлемы с точки зрения прав человека, но только в том случае, если в этом состоит конечная цель. Однако никто не допускает, что такие положения ЦРТ представляют собой конечную цель – это цель промежуточная. С учетом концепции прогрессивного осуществления Специальный докладчик в принципе не усматривает каких-либо возражений с позиций прав человека против намеченного в ЦРТ сокращения материнской смертности. Вместе с тем вопрос о том, действительно ли эти ЦРТ – и меры, принимаемые для их достижения, – на практике согласуются с международным правом прав человека, является отдельным и весьма важным вопросом,

на который можно ответить только после тщательного изучения соответствующих норм и политики в области прав человека.

55. И наконец, разработанный Генеральным секретарем План осуществления Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций также подвигает Специального докладчика на рассмотрение связанных со здоровьем ЦРТ сквозь призму права на здоровье. Согласно Плану осуществления, "экономические, социальные и культурные права лежат в основе всех целей в области развития"²⁶. Таким образом, Специальный докладчик надеется рассмотреть подборку периодических страновых докладов по ЦРТ с точки зрения права на здоровье, с тем чтобы предложить пути возможно более эффективного использования компонента здоровья в интересах малоимущих и сокращения масштабов нищеты.

4. Права человека, право на здоровье и нищета

56. Появляется все больше литературы и практических примеров, иллюстрирующих вклад правозащитной деятельности в целом в сокращение масштабов нищеты²⁷. В двух словах, правозащитная деятельность расширяет возможности малоимущих; способствует борьбе с дискриминацией и неравенством; требует участия малоимущих; подчеркивает важность всех прав в борьбе с бедностью; обуславливает недопустимость выбора определенных направлений политики (например, тех, которые оказывают несоразмерно негативное воздействие на положение малоимущих); подчеркивает чрезвычайно важную роль международной помощи и сотрудничества; и внедряет в практику понятие обязанностей и тем самым требование в отношении эффективных, транспарентных и доступных механизмов подотчетности.

57. В отношении конкретного вклада права на здоровье в сокращение масштабов нищеты имеется меньше литературы и практических примеров, и именно этому вопросу Специальный докладчик намеревается уделить особое внимание. Специальный докладчик предлагает, чтобы в стратегиях сокращения масштабов нищеты, разработанных с учетом права на здоровье, приоритетное внимание уделялось, например, следующему: расширению доступа малоимущих к службам охраны здоровья, например путем выявления заболеваний, которые особенно затрагивают малоимущих, и путем осуществления иммунизации и других программ, специально предназначенных для охвата малоимущих; повышению эффективности вмешательства государственных органов здравоохранения в интересах малоимущих, например путем проведения базового экологического контроля, особенно в связи с удалением отходов в районах, где проживают малоимущие; облегчению финансового бремени, которое несут малоимущие в связи с охраной своего здоровья, например путем снижения или отмены платы за

медицинские услуги для малоимущих; поощрению разработки в других секторах программных мер, позитивно влияющих на основополагающие предпосылки здоровья, например путем поддержки сельскохозяйственной политики, имеющей позитивные последствия для здоровья малоимущих.

58. В заключение Специальный докладчик отмечает, что он будет изучать конкретный вклад права на здоровье в сокращение масштабов нищеты. Этот конкретный вклад необходимо рассматривать в контексте общего вклада правозащитной деятельности в сокращение масштабов нищеты, который предусматривает, в частности, отсутствие дискриминации, участие, международное сотрудничество и подотчетность.

В. Дискриминация и стигматизация и право на здоровье

59. В качестве второй основной темы Специальный докладчик предполагает уделить внимание вопросам, связанным с дискриминацией и стигматизацией в контексте права на здоровье. Дискриминация по признакам пола, расы, этнического происхождения и другим признакам является социальной предпосылкой состояния здоровья. Социальное неравенство, которое подпитывается дискриминацией и маргинализацией конкретных групп, определяет как характер распространения заболеваний, так и течение и конечный исход заболеваний среди поражаемых ими групп. В результате тяготы, связанные с плохим здоровьем, выпадают на долю уязвимых и маргинализированных групп общества. В то же время дискриминация и стигматизация, которые ассоциируются с особыми состояниями здоровья, такими, как психическая неполноценность и заболевания типа ВИЧ/СПИДа, способствуют укоренению существующих социальных барьеров и неравенства.

60. Недискриминация относится к числу основополагающих принципов международного права прав человека. Согласно КЭСКП, МПЭСКП запрещает "любую дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения, физических или психических недостатков, состояния здоровья (включая ВИЧ/СПИД), сексуальной ориентации и гражданского, политического, социального или иного статуса в отношении доступа к основным услугам здравоохранения и основополагающим предпосылкам здоровья, а также к средствам и возможностям для их получения", цель или фактическое действие которой состоит в отмене или ущемлении равного пользования или осуществления права на здоровье²⁸.

61. Помимо запрещения дискриминации по целому ряду указанных признаков, таких, как признаки расы, цвета кожи, пола и религии, международные договоры о правах

человека запрещают также дискриминацию по признакам, входящим в понятие "иного статуса". Комиссия по правам человека толкует этот термин как включающий состояние здоровья²⁹. Таким образом, Комиссия и КЭСКП согласны в том, что государства несут обязательство в отношении принятия мер по борьбе с дискриминацией по признаку состояния здоровья, а также по другим запрещенным основаниям. Что касается права на здоровье, то обязательство государств состоит в обеспечении доступа всем, особенно наиболее уязвимым или маргинализированным слоям населения, без какой бы то ни было дискриминации к учреждениям, товарам и услугам здравоохранения, включая основополагающие предпосылки здоровья³⁰.

62. Взаимосвязь между стигматизацией, дискриминацией и отказом в праве на наивысший достижимый уровень здоровья является сложной и многогранной. Дискриминация в сочетании со стигматизацией равнозначны отсутствию уважения человеческого достоинства и соблюдения принципа равенства, что снижает качество жизни затрагиваемых лиц, зачастую усугубляя неравенство, с которым и так уже сталкиваются уязвимые и маргинализированные группы. Это повышает уязвимость перед заболеваниями и затрудняет эффективное вмешательство в целях охраны здоровья. Их воздействие еще больше усиливается, когда то или иное лицо подвергается двойной или множественной дискриминации по признакам, например, пола, расы, бедности и состояния здоровья.

63. Для эффективного поощрения права на здоровье будет необходимо выявить и проанализировать сложные способы воздействия дискриминации и стигматизации на пользование затрагиваемыми лицами правом на здоровье с уделением особого внимания женщинам, детям и таким маргинализированным группам, как расовые и этнические меньшинства, коренные народы, инвалиды, лица с ВИЧ/СПИДом, беженцы и внутренние перемещенные лица, а также мигранты. Для этого будет необходимо осуществлять сбор и анализ данных с целью углубления понимания взаимосвязи между различными формами дискриминации в качестве предпосылок состояния здоровья, признания усугубляющего воздействия множественных форм дискриминации и документирования того, каким образом дискриминация и нетерпимость затрудняют доступ к здоровому образу жизни и службам здравоохранения. Кроме того, потребуется тщательно соблюдать баланс между необходимостью учета дискриминации и стигматизации в связи со здоровьем путем поощрения публикации дезагрегированных данных и разработкой политики и стратегий по борьбе с дискриминацией, в то же время следя за тем, чтобы публикация таких данных не способствовала увековечиванию стигматизации.

64. Специальный докладчик предлагает в ходе выполнения своего мандата рассмотреть воздействие стигматизации и дискриминации на следующие конкретные группы населения.

1. Женщины

65. Систематическая дискриминация по признаку пола затрудняет доступ женщин к здравоохранению и сокращает их возможности реагировать на последствия плохого состояния собственного здоровья и здоровья членов их семьи. К числу факторов, усугубляющих уязвимость женщин перед заболеваниями, относятся недостаточный доступ к информации, просвещению и услугам, необходимым для обеспечения полового и репродуктивного здоровья; насилие, в том числе случаи сексуального насилия; вредная традиционная практика; отсутствие правоспособности и равенства в семейных отношениях³¹. Государства обязаны обеспечивать равный доступ мужчин и женщин к пользованию всеми правами, в том числе путем обеспечения равенства и недискриминации в таких сферах, как политические права, сфера брака и семьи, сфера труда и сфера здравоохранения.

2. Расовые и этнические меньшинства

66. Расизм, расовая дискриминация и связанная с ними нетерпимость способствуют неравенству в области состояния и охраны здоровья этнических и расовых групп³². В МКЛРД содержатся требования к государствам запрещать и искоренять расовую дискриминацию, а также гарантировать право каждого без какого-либо различия по признакам расы, цвета кожи, национального или этнического происхождения на равенство перед законом, в частности в области осуществления права на здоровье и медицинскую помощь. На Всемирной конференции по борьбе против расизма правительства согласились с необходимостью признания того, что расизм является существенным социальным фактором здоровья и доступа к медицинской помощи³³. Они обязались активизировать меры по осуществлению права каждого человека на пользование наивысшими достижимыми стандартами здоровья в целях устранения неравенства в состоянии здоровья, которое может являться результатом расовой дискриминации. Они также согласовали целый ряд мер - от предупреждения использования генетических исследований в дискриминационных целях и до борьбы с дискриминацией в системах здравоохранения³⁴.

3. Лица с какой-либо формой инвалидности

67. Лица, страдающие какой-либо формой инвалидности, подвергаются различным формам дискриминации и социального отчуждения, что мешает им осуществлять их права и свободы и в полной мере участвовать в жизни их обществ³⁵. Дискриминация, с которой они сталкиваются, может варьироваться от отказа в услугах по линии здравоохранения, в трудоустройстве и в возможностях в плане получения образования и до отчуждения и изоляции, обусловленных физическими и социальными барьерами. Женщины-инвалиды могут особенно подвергаться риску по причине их стигматизации по признакам как инвалидности, так и пола и могут в большей степени страдать от дискриминации, чем физически полноценные женщины или мужчины с какой-либо формой инвалидности.

4. Лица с ВИЧ/СПИДом

68. Стигматизация, сопряженная с ВИЧ/СПИДом, берет за основу и усугубляет предрассудки по признакам пола, бедности, сексуальной ориентации, расы и других факторов. Опасения в отношении заболевания и смерти, увязка ВИЧ с работниками сексуальной сферы, мужчинами, вступающими между собой в половую связь, и инъектирующими наркоманами, а также убеждение в том, что лица, страдающие от ВИЧ/СПИДа, являются аморальными, - все это способствует углублению воздействия стигматизации и зачастую приводит к нетерпимости и дискриминации³⁶. Стигматизация и дискриминация в отношении лиц, страдающих от ВИЧ/СПИДа, серьезно воздействуют на распространение и обострение этого заболевания в ряде отношений. Например, опасение огласки в связи с возможным заболеванием ВИЧ/СПИДом не позволяет людям добровольно обращаться для получения консультаций и прохождения тестов, которые имеют существенно важное значение для усилий в плане профилактики, ухода и лечения. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИД/СПИДом содержит призыв к государствам принимать меры, направленные на ликвидацию всех форм дискриминации в отношении лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, и членов уязвимых общин, а также обязывает государства разрабатывать стратегии по борьбе со стигматизацией и социальным отчуждением, связанными с этой эпидемией³⁷.

IV. КОНКРЕТНЫЕ ПРОЕКТЫ, ПРОБЛЕМЫ И ВМЕШАТЕЛЬСТВО

69. Какие примеры конкретных проектов, проблем и видов вмешательства предлагает рассмотреть Специальный докладчик, исходя из его толкования права на здоровье (часть I), его задач (часть II) и двух смежных тем (часть III)? Специальный докладчик будет благодарен за замечания относительно следующих показательных проектов и проблем. Он не имеет в виду, что он сможет заниматься всеми проектами и проблемами,

которые кратко описаны ниже: это будет зависеть от наличия у него ресурсов и возможностей. Он также не утверждает, что он ограничится только этими проектами и проблемами, поскольку могут возникать и другие поводы для вмешательства. Тем не менее следующие примеры указывают на характер конкретных проектов и проблем, которыми он намеревается заниматься.

А. Стратегии сокращения масштабов нищеты

70. Нищета является глобальным явлением, с которым в различной степени сталкиваются все государства. Все больше государств, в том числе развитые, развивающиеся государства и страны с переходной экономикой, формулируют свои стратегии в области сокращения масштабов нищеты. Специальный докладчик предлагает рассмотреть подборку стратегий сокращения масштабов нищеты сквозь призму права на здоровье, с тем чтобы предложить пути более эффективного использования компонента здоровья в интересах малоимущих и сокращения масштабов нищеты.

71. К одной из категорий стратегий по борьбе с нищетой относятся документы о стратегии сокращения масштабов нищеты (ДССН), разрабатываемые на основе Инициативы для бедных стран с высокой задолженностью (БСВЗ). Недавно ВОЗ провела внутренний обзор десяти завершенных ДССН и трех промежуточных ДССН. Результаты этого предварительного исследования показывают, что попытки адаптировать национальные стратегии в области здравоохранения с целью удовлетворения потребностей самых бедных слоев населения предпринимаются в редких случаях³⁸. Очень немногие ДССН включают в себя какие-либо показатели в области здравоохранения, которые позволили бы отслеживать воздействие мер на малоимущих или на те или иные регионы³⁹. Ни в одном из ДССН не содержится планов привлечения малоимущих к процессу совместного мониторинга⁴⁰. Все эти недостатки по меньшей мере смягчались бы, если бы при формулировании соответствующего ДССН в полной мере учитывалось право на здоровье. Однако в исследовании также установлено, что ни в одном ДССН нет упоминания о том, что право на здоровье является правом человека, и удивляться тут нечему⁴¹.

72. Специальный докладчик не ограничится рассмотрением стратегий борьбы с нищетой для БСВЗ и развивающихся государств. Он предлагает рассмотреть сквозь призму права на здоровье ряд стратегий борьбы с нищетой в развитых государствах. Кроме того, стратегия сокращения масштабов нищеты в развитом государстве должна охватывать две различные целевые группы. Эта стратегия должна предусматривать борьбу с нищетой i) на собственной территории развитого государства и ii) в развивающихся странах. Развитое государство должно задать себе следующий вопрос:

с учетом обязательства в отношении международной помощи какой вклад оно делает в сокращение масштабов нищеты в странах Юга? Например, в Норвегии был недавно опубликован документ "Борьба с нищетой: План действий правительства Норвегии по борьбе с нищетой в странах Юга на период до 2015 года"⁴². Соответственно Специальный докладчик хотел бы рассмотреть сквозь призму права на здоровье стратегии развитых стран по сокращению масштабов нищеты как на их территориях, так и в странах Юга.

В. "Запущенные болезни"

73. В широком смысле имеется три типа заболеваний. Заболевания типа I, например, гепатит В, отмечаются как в богатых, так и в бедных странах, причем везде они затрагивают большое число людей из уязвимых слоев населения. Заболевания типа II, которые часто называют "запущенными болезнями", например, ВИЧ/СПИД и туберкулез, отмечаются и в богатых, и в бедных странах, однако существенная доля случаев поражения такими болезнями приходится на бедные страны.

74. Заболевания типа III, которые часто называют "очень запущенными болезнями", являются заболеваниями, преобладающими или исключительно существующими в развивающихся странах; к ним, в частности, относятся онхоцеркоз и сонная болезнь. Согласно последнему докладу ВОЗ "Глобальная защита от угрозы инфекционных заболеваний", "воздействие на здоровье этих запущенных заболеваний характеризуется тяжелыми и неизлечимыми формами инвалидности и деформациями у почти 1 млрд. человек. ... Вследствие низкого показателя смертности, несмотря на высокую заболеваемость, за этими болезнями закрепилось место в нижней части списка смертельно опасных заболеваний, и в прошлом на них не обращали особого внимания"⁴³. Далее в докладе говорится следующее:

"Так называемые "запущенные болезни" выделены в особую группу, поскольку они затрагивают почти исключительно нищие и бесправные слои населения, проживающего в сельских районах стран с низкими доходами. Хотя они причиняют огромные страдания и зачастую влекут за собой пожизненную инвалидность, люди редко умирают от них, и поэтому борьбе с ними не уделяется столько внимания и средств, как борьбе с болезнями с высоким уровнем смертности, например со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Их также игнорируют и в другом смысле. Поскольку они распространены только среди населения бедных стран, борьба со всеми этими заболеваниями традиционно тормозится ввиду отсутствия стимулов в деле разработки лекарств и

вакцин для рынков, на которых расходы не смогут окупаться. В случае же наличия недорогих и эффективных лекарственных препаратов отсутствует спрос из-за неспособности платить. Игнорируемые болезни являются огромным экономическим бременем как с точки зрения утраты трудоспособности населения, так и с точки зрения высокой стоимости долгосрочного лечения... "Запущенные болезни" могут обусловить прозябание следующего поколения в безысходной нищете... Инвалидность, возникающая при большинстве этих заболеваний, ассоциируется с широкой стигматизацией"⁴⁴.

75. Границы этих трех категорий не являются неизменными: некоторые болезни могут входить в две категории: например, малярия подпадает под категорию II и категорию III.

76. Что касается заболеваний типа I, то в богатых странах существуют стимулы для исследований и разработок, к числу которых относятся рыночный механизм, государственное финансирование фундаментальных исследований и патентная защита при разработке препаратов. Препараты разрабатываются, и основной проблемой политики в отношении бедных стран является доступ к этим технологиям, за которые, как правило, взимается высокая плата и на которые распространяется патентная защита. За последние 20 лет были разработаны многие вакцины для борьбы с болезнями типа I, однако их широкого внедрения в бедных странах не происходило по причине их стоимости.

77. В случае заболеваний типа II на рынках богатых стран существуют стимулы для исследований и разработок, однако объемы финансирования этих исследований и разработок не соизмеримы с тяжелыми последствиями этих заболеваний в глобальном масштабе. Например, в отношении вакцин для ВИЧ/СПИДа проводятся широкие исследования и разработки, отражающие спрос на рынках богатых стран, однако их масштабы не соответствуют глобальным потребностям и не учитывают конкретные условия развития этого заболевания в бедных странах.

78. В отношении заболеваний типа III - "очень запущенных болезней" - осуществляется крайне мало исследований и разработок, а в богатых странах в сущности отсутствуют исследования и разработки на коммерческой основе. Из-за нищеты рыночный механизм не срабатывает. Кроме того, правительства бедных стран не располагают средствами для субсидирования необходимых исследований и разработок. Таким образом, как правило, ощущается острая нехватка средств для финансирования исследований и разработок для борьбы с заболеваниями, конкретно затрагивающими бедные страны. Согласно выводу, сделанному в Докладе Комиссии по вопросам макроэкономики и охраны здоровья,

бедные страны получают пользу от НИОКР главным образом тогда, когда богатые страны также страдают от таких же заболеваний"⁴⁵.

79. Дисбаланс в научных исследованиях в целях борьбы с "болезнями бедных" (болезни типа II, и особенно - типа III) и "болезнями богатых" документально подтверждается отражение вот уже более десятилетия. В 1990 году Комиссия по исследованиям и разработкам в целях здравоохранения отметила явление, получившее известность в качестве коэффициента дисбаланса 10/90: для решения проблем здоровья 90% мирового населения направляются только 10% ассигнований, выделяемых на цели исследований и разработок. Для устранения этого дисбаланса были предприняты инициативы и был достигнут определенный прогресс, однако эти инициативы по-прежнему финансируются в сущности весьма слабо.

80. Недавно в решении проблемы игнорируемых болезней - которые фактически игнорируются в силу отсутствия надлежащей рыночной и государственной политики - возникли новые стимулы в результате ряда отрядных изменений, включающих появление Декларации о Соглашении по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТАПИС) и здравоохранении и Глобального фонда борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Специальный докладчик подчеркивает настоятельную необходимость мобилизации и выделения дополнительных ресурсов в Глобальный фонд в целях борьбы с этими тремя заболеваниями.

81. Специальный докладчик хотел бы уделить в своей работе особое внимание многочисленным последствиям, которые имеют для осуществления права на здоровье "запущенные (в том числе "очень запущенные") болезни" и коэффициент дисбаланса 10/90: эти последствия распространяются на такие аспекты, как недискриминация, равенство, наличие и доступность медицинских учреждений, товаров и услуг (включая лекарства), международная помощь и сотрудничество и т.д. Ключевым моментом является то, что "запущенные болезни", "очень запущенные болезни" и коэффициент дисбаланса 10/90 относятся к сфере вопросов прав человека.

С. Оценки воздействия

82. Прежде чем государство приступает к внедрению нового законодательства или новой политики, оно должно обеспечить их соответствие своим национальным и международно-правовым обязательствам, включая обязательства в отношении прав человека⁴⁶. Когда государство определяет сокращение масштабов нищеты в качестве своей главной директивной цели, оно должно обеспечивать соответствие любого нового закона или новой политики этой директивной цели. Жесткие требования процесса

разработки политики включают анализ воздействия реформ в сфере распределения на благосостояние различных групп общества, особенно его малоимущих и уязвимых слоев. В ходе такого анализа необходимо - до, во время и после осуществления любого соответствующего вмешательства в политику - рассматривать ожидаемые и непредвиденные последствия нововведения с целью определения возможностей надлежащего смягчения его воздействия или иных мер. Это требование в отношении социально ответственного анализа воздействия применимо к государствам и другим субъектам в контексте как национальной, так и международной политики.

83. Разумеется, существуют препятствия в деле проведения строгого анализа воздействия. Авторы недавно вышедшей публикации МВФ отмечают, что эти препятствия включают "ограничения по данным, слабый национальный потенциал и отсутствие координации между донорами"⁴⁷. Они рекомендуют совершенствовать анализ нищеты и социальных последствий⁴⁸ и предлагают международному сообществу прилагать больше усилий для наращивания институционального потенциала на национальном уровне в целях "разработки альтернативных вариантов политики" и "подготовки анализа нищеты и социальных последствий"⁴⁹.

84. Несмотря на эти и другие затруднения, на национальном и международном уровнях все чаще применяются различные виды анализа воздействия. В Северной Ирландии новое законодательство требует от государственных властей проведения оценок последствий для равенства⁵⁰. На уровне Европейского союза действует требование удостовериться в том, что те или иные предложения, касающиеся новой политики, не оказывают негативного воздействия на здоровье населения, и это требование способствовало появлению обширной литературы на тему оценок последствий для здоровья⁵¹. Недавно Всемирный банк подготовил объемистый проект "Руководства для пользователей по вопросам анализа нищеты и социальных последствий". Ряд организаций гражданского общества ратуют за внедрение "оценок воздействия на нищету" в рамках процесса ДССН⁵². На протяжении многих лет выдвигаются предложения, нашедшие свое наиболее яркое выражение в Венской декларации и Программе действий⁵³, относительно проведения оценок воздействия на права человека, и некоторые субъекты стремились воплотить их на практике⁵⁴.

85. Надлежащий анализ воздействия является средством обеспечения должного учета права на здоровье - особенно маргинализированных групп, включая малоимущих, - во всех национальных и международных процессах разработки политики. Соответственно Специальный докладчик намеревается рассмотреть в контексте права на здоровье разные виды анализа воздействия с целью выявления эффективной практики в интересах государств и других субъектов.

D. Всемирная торговая организация и право на здоровье

86. В таком предварительном докладе невозможно тщательно рассмотреть сквозь призму права на здоровье ТАПИС и Генеральное соглашение по торговле услугами (ГАТС), хотя начало такому рассмотрению было положено бывшим Верховным комиссаром по правам человека в ее докладах от июня 2001 года и от 2002 года⁵⁵. Однако ясно, что в обоих соглашениях содержатся элементы, имеющие чрезвычайно важное значение для права на здоровье. Например, ТАПИС оказывает воздействие на проблемы доступа к основным лекарственным препаратам, а также на международное сотрудничество. По замечанию Комиссии по правам человека, "доступ к терапии в связи с такими пандемиями, как ВИЧ/СПИД, является одним из основополагающих элементов постепенного обеспечения полного осуществления права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья"⁵⁶.

87. Специальный докладчик отмечает важность Декларации о Соглашении по ТАПИС и здравоохранении, принятой на четвертой сессии Конференции на уровне министров ВТО в Дохе в ноябре 2001 года⁵⁷. В этой Декларации признается "серьезность проблем здравоохранения, с которыми сталкиваются многие развивающиеся и наименее развитые страны, особенно в результате ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, малярии и других эпидемий"⁵⁸. В Декларации подчеркивается, что ТАПИС "может и должно толковаться и осуществляться таким образом, чтобы содействовать праву членов ВТО на охрану общественного здоровья, и в частности поощрения доступа к медикаментам для всех"⁵⁹. Таким образом, Декларация отражает перспективы прав человека, особенно право на здоровье и право на пользование благами научного прогресса, которые закреплены в статье 27 ВДПЧ.

88. ГАТС является первым многосторонним соглашением, регламентирующим все формы международной торговли услугами, включая услуги в области здравоохранения. В настоящее время ведутся переговоры относительно дальнейшей либерализации торговли услугами, которые планируется завершить к январю 2005 года. Либерализация торговли услугами в области здравоохранения может оказывать различное воздействие на осуществление права на здоровье в зависимости от диапазона затрагиваемых проблем, и не в последнюю очередь - от регламентационной среды. Одной из особенно важных проблем является воздействие увеличения прямых иностранных инвестиций (ПИИ) на пользование правом на здоровье. Хотя ПИИ могут способствовать модернизации национальной инфраструктуры и внедрению новых технологий, они могут также иметь нежелательные последствия в случаях отсутствия достаточного регулирования в целях защиты пользования правом на здоровье. Например, в результате увеличения объемов

иностранных частных инвестиций может уделяться чрезмерно большое внимание коммерческим целям за счет снижения внимания к социальным целям, таким, как предоставление качественных медицинских услуг лицам, которые не располагают средствами для их оплаты по коммерческим ставкам. Как отмечалось в недавнем совместном исследовании секретариата ВТО и ВОЗ, "в некоторых случаях торговля услугами в области здравоохранения усугубляла существующие проблемы в связи с доступом к медицинским услугам, обеспечением справедливости при их предоставлении и финансированием, особенно применительно к малоимущим слоям в развивающихся странах"⁶⁰.

89. Специальный докладчик отмечает, что Комиссия по правам человека в своей резолюции 2002/32 призвала все государства принимать меры для "обеспечения того, чтобы принимаемые ими как членами международных организаций меры учитывали должным образом право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и чтобы применение международных соглашений подкрепляло политику в области общественного здравоохранения, способствующую широкому доступу к безопасным, эффективным и недорогим профилактическим, лечебным или паллиативным фармацевтическим изделиям и медицинским технологиям" (пункт 6 b)). В этих обстоятельствах Специальный докладчик намеревается в рамках отводимых ему ресурсов отслеживать и изучать торговые правила и политику в контексте права на здоровье, включая осуществление Дохинской декларации, в преддверии пятой Конференции на уровне министров ВТО, которая состоится в сентябре 2003 года⁶¹.

Е. Право на психическое здоровье

90. В 2001 году, согласно оценкам ВТО, 450 млн. человек страдали от расстройств психики или психосоциальных нарушений, на которые приходится 12% всех заболеваний в мире⁶². Психические расстройства включают шизофрению, раздвоение личности, депрессию, болезнь Альцгеймера и другие виды слабоумия. Они распространены во всех странах. Как правило, и в развитых, и в развивающихся странах они неизмеримо больше поражают малоимущие и другие маргинализированные группы.

91. Большинство психических расстройств поддаются управлению, лечению, и их во многих случаях можно предупредить. Несмотря на этот факт, а также на распространенность и негативные последствия психических расстройств, многие правительства не уделяют психическому здоровью приоритетного внимания. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2001 год отмечается, что свыше 40% стран не проводят какой-либо политики в области охраны психического здоровья, а в большинстве

стран средства, выделяемые на психиатрическую помощь, составляют менее 1% от бюджетов систем здравоохранения⁶³.

92. Для большей части населения мира психиатрическая помощь территориально и экономически недоступна. Там, где она доступна, отмечаются существенные несоответствия в качестве этой помощи между странами и внутри стран. Специальный докладчик обеспокоен тем, что во многих государствах психиатрическую помощь зачастую можно получить главным образом в крупных психиатрических учреждениях, а на уровне общины имеются лишь ограниченные возможности для обеспечения психически больным лицам лечения и ухода⁶⁴.

93. Специальный докладчик встревожен сообщениями о том, что в некоторых учреждениях, призванных обеспечивать уход и лечение лиц с психическими расстройствами, допускаются самые разнообразные нарушения прав человека. Эти нарушения включают пытки и другие виды жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, в частности сексуальную эксплуатацию⁶⁵. Кроме того, Специальный докладчик отмечает стигматизацию и дискриминацию в отношении психически больных лиц, а также реальную или предполагаемую неспособность таких лиц принимать решения в связи с их заболеванием - и именно вследствие сочетания этих взаимосвязанных проблем лица с умственными недостатками особенно уязвимы перед нарушениями их прав человека.

94. Специальный докладчик предлагает уделить особое внимание праву на психическое здоровье, при этом избегая какого-либо дублирования или частичного совпадения с работой других соответствующих международных органов.

Г. Специалисты в области здравоохранения

95. В качестве лиц, предоставляющих медицинские услуги, специалисты в области здравоохранения играют незаменимую роль в поощрении и защите права на здоровье. Специальный докладчик предлагает изучить важную роль специалистов в области здравоохранения в деле осуществления права на здоровье, а также трудности, мешающие им в практической деятельности.

96. Во многих странах медицинские работники получают низкую плату за свой труд, который ежедневно длится много часов в условиях нехватки оборудования и в ветхих помещениях. Плохие условия труда являются основной причиной "утечки умов" - миграции практикующих врачей в основном из стран Юга в страны Севера, а также миграции из сельских в городские районы в отдельных странах⁶⁶. Хотя экспортирующие

страны могут получать некоторые дополнительные выгоды (например, денежные переводы от экспатриантов), эти выгоды скорее всего перевешиваются потенциально неблагоприятными последствиями, которые включают нехватку медицинских специалистов, отсутствие вознаграждения и снижение качества медицинской помощи⁶⁷. Кроме того, плохие условия труда усугубляют ряд других проблем, включая явление перехода лучше подготовленных практикующих врачей на работу в частный сектор, характеризующийся более благоприятными условиями, и тем самым ухудшение систем общественного здравоохранения.

97. В ряде стран медицинские работники по причине своей профессиональной деятельности становятся жертвами дискриминации, произвольных задержаний, произвольных казней и пыток, а их свобода выражать свое мнение, свобода слова и передвижения ущемляются. К категории особого риска относятся медицинские работники, оказывающие помощь жертвам пыток. Некоторые медицинские специалисты участвовали, зачастую под принуждением, в нарушениях прав человека, включая пытки и составление фальшивых медицинских документов для сокрытия злоупотреблений в области прав человека⁶⁸.

98. Специальный докладчик отмечает проблему коррупции в сфере предоставления медицинских услуг. Хотя в некоторых случаях причины коррупции коренятся в неудовлетворительных условиях труда медицинских специалистов, коррупция в сфере оказания медицинских услуг затрагивает не только медицинских работников. Она также не ограничивается каким-то одним регионом мира. Ясно то, что коррупция ставит малоимущих в неблагоприятные условия и подрывает осуществление права на здоровье. "Малоимущие люди во многих странах сообщают, что им предлагают оплачивать медикаменты, которые должны предоставляться им безвозмездно"⁶⁹. Интересный вывод, сделанный в недавнем исследовании МВФ о проблеме коррупции в сфере услуг по оказанию медицинской помощи, состоит в следующем: "Участие малоимущих в принятии решений, влияющих на распределение государственных ресурсов, ограничило бы возможности для коррупции"⁷⁰. Допуская, что быстрые решения в этом деле отсутствуют, Специальный докладчик вместе с тем считает, что коррупция является проблемой, связанной как с правом на здоровье, так и с нищетой.

V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

99. В настоящем предварительном докладе выявляется ряд крупных и сложных проблем, с которыми приходится сталкиваться в процессе осуществления права на здоровье. Вероятно, для тех, кто привержен цели осуществления права на здоровье, самым трудным делом является изучение многочисленных, сложных и жизненно важных

проблем и разработка практических, реально выполнимых рекомендаций. Поэтому Специальный докладчик придает особую важность своей третьей цели: выявлению эффективной практики для практического осуществления права на здоровье на общинном, национальном и международном уровнях. Он надеется в своих последующих докладах при содействии других партнеров осветить некоторые примеры этой эффективной практики.

Notes

- ¹ A/51/950, paras. 78-79.
- ² A/57/387, para. 48.
- ³ A/56/326, paras. 202 and 204.
- ⁴ Resolution 2002/24, para. 7.
- ⁵ Communication 155/96, *SERAC and CESR v. Nigeria*, Fifteenth Annual Activity Report of ACHPR, 2001-2002, annex V.
- ⁶ *López Ostra v. Spain*, ECtHR, 1994.
- ⁷ Complaint 1/1998, *ICJ v. Portugal*, ECSR, 1999.
- ⁸ *Jorge Odir Miranda Cortez et al. v. El Salvador*, IACHR, 2001, para. 47.
- ⁹ ICJ, *Right to Health Database, Preliminary Proposal*, 2002.
- ¹⁰ Constitutional Court of South Africa, Case CCT 8/02, para. 135 (2) (a).
- ¹¹ See for example, CESCR General Comment No. 14, (E/C.12/2000/4), para. 8.
- ¹² *Ibid.*, para. 11.
- ¹³ *Ibid.*, paras. 14-17 and CESCR General Comment No. 15 (E/C.12/2002/11).
- ¹⁴ See for example CESCR General Comment No. 14, paras. 18-21 and A/54/38/Rev.1, CEDAW General Recommendation 24, 1999.
- ¹⁵ See for example CESCR General Comment No. 14, paras. 30-31. CESCR also uses the term “core obligations”; see General Comment No. 14, paras. 43-45. On core obligations, see Chapman and Russell (eds.), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2002.
- ¹⁶ *Ibid.*, paras. 38-39. Note Judge Weeramantry’s dissenting opinion in the Advisory Opinion of the International Court of Justice on the *Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons*, in which he cited article 12 of ICESCR and then stated, in relation to this article, that “it will be noted here that the recognition by States of the right to health is in the general terms that they recognize the right of ‘everyone’ and not merely of their own subjects. Consequently, each State is under an obligation to respect the right to health of all members of the international community” (*ICJ Reports*, 1996, vol. I, p. 144).
- ¹⁷ *Ibid.*, para. 40.

- ¹⁸ See for example UDHR, preamble, and CESCR General Comment No. 14, paragraph 42.
- ¹⁹ See for example Vienna Declaration and Programme of Action, 1993, Part 1, paragraph 5, and CESCR General Comment No. 14, paragraph 3.
- ²⁰ See for example CESCR General Comment No. 14, paragraphs 28-29; and the Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (E/CN.4/1985/4, annex).
- ²¹ CESCR General Comment No. 14, para. 12. This mode of analysis resonates with the work of the United Nations Special Rapporteur on the right to education.
- ²² CESCR General Comment No. 14, para. 33 and passim.
- ²³ Ibid., paras. 57-58.
- ²⁴ See CESCR Statement on poverty (E/C.12/2001/10).
- ²⁵ General Assembly resolution 55/2.
- ²⁶ A/56/326, para. 202.
- ²⁷ For example, following a request from CESCR, OHCHR prepared Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, September 2002.
- ²⁸ General Comment No. 14, para 18.
- ²⁹ See for example Commission resolutions 1994/49, 1995/44, 1996/43, 1999/49, 2001/51.
- ³⁰ General Comment No. 14, para. 12 (b) (i).
- ³¹ CEDAW General Recommendation 24; CEDAW General Recommendation 15.
- ³² See *Health and Freedom from Discrimination: WHO's Contribution to the World Conference against Racism*, Health and Human Rights Publication Series, August 2001.
- ³³ Durban Declaration and Programme of Action (A/CONF.189/5).
- ³⁴ Ibid., see, for example, paragraphs 8 (c), 58, 73, 109, 110 (b).
- ³⁵ See, for example, Quinn and Degener, *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of the United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability*, OHCHR, 2002.
- ³⁶ Fighting HIV-related Intolerance: Exposing the Links Between Racism, Stigma and Discrimination, paper prepared by WHO and UNAIDS in consultation with OHCHR, August 2001.

- ³⁷ General Assembly resolution S-26/2 of 27 June 2001, annex.
- ³⁸ Dodd and Hinshelwood, *PRSPs: Their Significance for Health*, draft presented to the WHO Meeting of Interested Parties, October 2002, p. 4.
- ³⁹ Ibid.
- ⁴⁰ Ibid.
- ⁴¹ Ibid, p. 9.
- ⁴² Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2002.
- ⁴³ WHO, 2002, p. iv.
- ⁴⁴ Ibid, p. 96.
- ⁴⁵ *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, WHO, 2001, p. 77.
- ⁴⁶ As the Vienna Declaration and Programme of Action puts it: “protection and promotion [of human rights and fundamental freedoms] is the first responsibility of Governments” (Part I, para. 1).
- ⁴⁷ Gupta et al, *Is the PRGF Living Up to Expectations? An Assessment of Program Design*, IMF Occasional Paper 216, 2002, p. 32.
- ⁴⁸ Ibid, p. 35.
- ⁴⁹ Ibid, p. 36.
- ⁵⁰ See Equality Commission for Northern Ireland, *Section 75 of the Northern Ireland Act 1998: Practical Guidance on Equality Impact Assessment*.
- ⁵¹ For example the Institute for Public Health in Ireland, *Health Impact Assessment: An Introductory Paper*, September 2001. Also see Part II of Mann, Gruskin, Grodin and Annas (eds.), *Health and Human Rights: A Reader*, Routledge, 1999.
- ⁵² *Making PRSPs Work: The Role of Poverty Assessments*, Oxfam, 2001.
- ⁵³ Part II, para. 2.
- ⁵⁴ For example Norwegian Agency for Development Cooperation, *Handbook in Human Rights Assessment: State Obligations, Awareness and Empowerment*, 2001.

- ⁵⁵ E/CN.4/Sub.2/2001/13 and E/CN.4/Sub.2/2002/9. Also see CESCR statement on human rights and intellectual property (E/C.12/2001/15).
- ⁵⁶ Commission resolution 2002/32, para. 1.
- ⁵⁷ WT/MIN(01)/DEC/2, 2001.
- ⁵⁸ Ibid. para. 1.
- ⁵⁹ Ibid. para. 4.
- ⁶⁰ *WTO Agreements and Public Health: A Joint Study by the WHO and WTO Secretariat*, 2002, p. 18.
- ⁶¹ See Dommen, "Raising Human Rights Concerns in the WTO", *Human Rights Quarterly*, vol. 24, No. 1, 2002, p. 1.
- ⁶² WHO. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, p. 3.
- ⁶³ Ibid, p. 3.
- ⁶⁴ Ibid, p. 87.
- ⁶⁵ See for example *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*, Mental Disability Rights International, 2002.
- ⁶⁶ See for example see Pang, Lansang and Haines, "Brain Drain and Health Professionals", *British Medical Journal*, vol. 324, Issue 7336, p. 499.
- ⁶⁷ See for example UNCTAD/WHO, *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, 1998.
- ⁶⁸ See for example Somerville, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, BMA/Zed Books, 2001; *Directory of Persecuted Scientists, Health Professionals, and Engineers*, American Association for the Advancement of Science, 1999.
- ⁶⁹ Narayan, *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?*, World Bank, 2000, p. 111.
- ⁷⁰ Gupta, Davoodi and Tiongson, "Corruption and the Provision of Health Care and Education Services", in *Governance, Corruption, and Economic Performance*, Abed and Gupta (eds.), IMF, 2002, p. 272.

Annex I

SOME INTERNATIONAL INSTRUMENTS RELEVANT TO THE RIGHT TO HEALTH

This annex lists some of the international instruments that are relevant to the right to health. Section A contains general international human rights instruments. Section B contains international instruments that relate to specific groups. Section C contains context-specific instruments. Inevitably, there is some overlap between sections B and C. To avoid repetition, instruments applying to both groups and contexts are categorized according to the group (sect. B). Section D contains international conference outcomes and their follow-ups.

This annex is not comprehensive: there are other instruments that are relevant to the right to health. Further standards are referenced in WHO, *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*, Health and Human Rights Publications Series Issue 1, 2002; and G. Alfredsson and K. Tomaševski (eds.), *A Thematic Guide to Documents on Health and Human Rights: Global and Regional Standards Adopted by Intergovernmental Organizations, International Non-governmental Organizations, and Professional Associations* (Nijhoff, 1998).

A. General international instruments

1. Universal Declaration of Human Rights (1948); International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966); Constitution of the World Health Organization (1946); General Comment 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) on the right to health (2000).

B. International instruments relating to specific groups

2. *Racial and ethnic groups*: International Covenant on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965); ILO Convention No. 169 (concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries, 1989); Declaration on the Rights of Persons Belonging to National or Ethnic, Religious and Linguistic Minorities (1992).

3. *Women*: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979); Declaration on the Elimination of Violence against Women (1993); General Recommendation No. 14 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW) on female circumcision (1990); General Recommendation No. 19 of CEDAW on violence against women (1992); General Recommendation No. 24 of CEDAW on women and health (1999).

4. *Children*: Convention on the Rights of the Child (1989); ILO Convention No. 138 (concerning Minimum Age for Admission to Employment, 1973); ILO Convention No. 182 (the Worst Forms of Child Labour Convention, 1999); United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (1985); United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty (1990); Declaration on the Rights of the Child (1959).
5. *Migrant workers*: International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families (1990).
6. *People with disabilities including mental disabilities*: Declaration on the Rights of Disabled Persons (1975); Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993); Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Healthcare (1991); CESCR General Comment 5 on persons with disabilities (1994); Human Rights Committee General Comment 21 (1992).
7. *Older people*: United Nations Principles for Older Persons (1991); CESCR General Comment No. 6 on the economic, social and cultural rights of older persons (1995).
8. *Refugees*: Convention relating to the Status of Refugees (1951).

C. International instruments relating to specific contexts

9. *Armed conflict*: The Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded and Sick in Armed Forces in the Field (1949); the Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded, Sick and Shipwrecked Members of the Armed Forces at Sea (1949); the Geneva Convention relative to the Treatment of Prisoners of War (1949); the Geneva Convention relative to the Protection of Civilian Persons in Times of War (1949); Additional Protocol I to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims in International Armed Conflict (1977); Additional Protocol II to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts (1977); Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict (1974); Protocol on Prohibitions or Restrictions on the Use of Mines (1980).
10. *Occupational health and safety*: ILO Convention No. 155 (Occupational Health and Safety Convention, 1981); ILO Convention No. 148 (Working Environment Convention, 1977); and several other ILO Conventions (e.g. Conventions Nos. 130, 152, 161, 164, 167, 170, 171, 176, 177 and 184).

11. *Environmental health*: Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and Their Disposal (1989); Code of Practice on the International Transboundary Movement of Radioactive Waste (1990); Convention on Nuclear Safety (1994).

12. *Administration of Justice*: International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR, 1966); Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT, 1984); Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (1955); Body of Principles for the Protection of All Persons under any Form of Detention or Imprisonment (1988); Code of Conduct for Law Enforcement Officials (1979); Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1982).

13. *Development*: Declaration on the Right to Development (1986).

14. *Research, experimentation and genetics*: Nürnberg Code (1947); ICCPR; Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights (1997); Declaration on the Use of Scientific and Technical Progress in the Interests of Peace and for the Benefits of Mankind (1975); General Comment No. 20 of the Human Rights Committee (1992).

15. *Data Protection*: Guidelines for the Regulation of Computerized Personal Data Files (1990); General Comment 16 of the Human Rights Committee (1988).

16. *Nutritional Health*: Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition (1974).

**D. Some international conference outcomes, and their follow-ups,
that relate to the right to health**

17. Johannesburg Declaration and Plan of Implementation of the World Summit for Sustainable Development (2002).

18. Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development (2002).

19. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing of the Second World Assembly on Ageing (2002).

20. “A World Fit for Children” adopted by the United Nations General Assembly Special Session on Children (2002); Declaration and Plan of Action of the World Summit for Children (1990).
21. Declaration of Commitment on HIV/AIDS, “Global Crisis-Global Action”, adopted by the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (2001).
22. Durban Declaration and Programme of Action of the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance (2001).
23. United Nations Millennium Declaration, adopted by the United Nations General Assembly “Millennium Assembly of the United Nations” (2000).
24. Beijing Declaration and Platform for Action of the Fourth World Conference on Women (1995) and its follow-up, Beijing Plus 5 (2000).
25. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action of the World Food Summit (1996) and its follow-up, Declaration of the World Food Summit: Five Years Later, International Alliance Against Hunger (2002).
26. Istanbul Declaration and the Habitat Agenda of the Second United Nations Conference on Human Settlements (Habitat II) (1996), and the Declaration on Cities and Other Human Settlements in the New Millennium of the Special Session of the General Assembly for an overall review and appraisal of the implementation of the Habitat Agenda (2001).
27. Copenhagen Declaration on Social Development and Programme of Action of the World Summit for Social Development (1995) and its follow-up, Copenhagen Plus 5 (2000).
28. Vienna Declaration and Programme of Action adopted by the World Conference on Human Rights (1993).
29. Rio Declaration on Environment and Development and Agenda 21 of the United Nations Conference on Environment and Development (1992).
30. Stockholm Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment (1972).

Annex II

SOME RECENT COMMISSION ON HUMAN RIGHTS RESOLUTIONS RELATING TO THE RIGHT TO HEALTH

Some resolutions explicitly referring to the right to health or aspects of the right to health

1. Resolution 2002/61 on human rights of persons with disabilities.
2. Resolutions 2002/32 and 2001/33 on access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS.
3. Resolution 2002/31 on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
4. Resolution 2001/35 on adverse effects of the illicit movement and dumping of toxic and dangerous products and wastes on the enjoyment of human rights.
5. Resolutions 2001/27 and 2000/82 on effects of structural adjustment policies and foreign debt on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights.

Some resolutions with provisions bearing significantly on the right to health

6. Resolution 2002/92 on the rights of the child.
7. Resolution 2002/65 on human rights and indigenous issues.
8. Resolution 2002/52 on elimination of violence against women.
9. Resolution 2002/51 on traffic in women and girls.
10. Resolution 2002/39 on protection of migrants and their families.
11. Resolution 2002/23 on the right to education.
12. Resolution 2001/71 on human rights and bioethics.
13. Resolution 2001/51 on the protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS).
