



**ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ**

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2006/48
3 March 2006

RUSSIAN
Original: ENGLISH

КОМИССИЯ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА
Шестьдесят вторая сессия
Пункт 10 предварительной повестки дня

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ПРАВА

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

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

Резюме

1. В настоящем докладе содержится информация о деятельности Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья ("праве на здоровье") во исполнение резолюции 2002/31 Комиссии за время, прошедшее после представления им своего промежуточного доклада Генеральной Ассамблее (A/60/348), и о вопросах, представляющих для него особый интерес.

В первом разделе рассматривается право на здоровье, которое можно понимать как право на эффективную и комплексную систему здравоохранения, охватывающую охрану здоровья и основополагающие детерминанты здоровья, реагирующую на национальные и местные приоритеты и доступную для всех.

Ссылаясь на Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, и итоги состоявшегося в сентябре 2005 года Всемирного саммита, Специальный докладчик настоятельно призывает министров здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода разработать такие программы в области здравоохранения, которые были бы достаточно смелыми, чтобы добиться установленных Целей в области развития здравоохранения. Как страны Севера, так и страны Юга обязаны принять согласованные меры, направленные на развитие эффективных систем здравоохранения в развивающихся странах и странах с переходной экономикой.

Эффективная система здравоохранения, в основе которой лежит право на здоровье, является одним из важнейших социальных институтов в не меньшей мере, чем судебная система или система политическая.

Во втором и самом существенном разделе доклада излагается основанный на концепции прав человека подход к показателям в области здравоохранения в качестве средства оценки и мониторинга постепенной реализации права на здоровье. В качестве иллюстрации основанный на концепции прав человека подход к показателям в области здравоохранения применяется к Стратегии в области репродуктивного здоровья, одобренной Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2004 года.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
Введение	1 - 3	4
I. ПРАВО НА ЭФФЕКТИВНУЮ, КОМПЛЕКСНУЮ СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ДОСТУПНУЮ ДЛЯ ВСЕХ.....	4 - 21	5
II. ОСНОВАННЫЙ НА КОНЦЕПЦИИ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА ПОДХОД К ПОКАЗАТЕЛЯМ ЗДОРОВЬЯ	22 - 61	9
III. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	62 - 78	22
Приложение. Правозащитный подход к показателям применительно к Стратегии в области репродуктивного здоровья, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2004 года		29

Введение

1. В резолюции 2002/31 Комиссия по правам человека учредила на трехлетний срок мандат Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья ("праве на здоровье"). На своей шестьдесят первой сессии Комиссия приветствовала ежегодный доклад Специального докладчика (E/CN.4/2005/51) и постановила продлить мандат Специального докладчика на дополнительный период в три года. В резолюции 2005/24 Комиссии излагается мандат Специального докладчика, и к нему обращена просьба представить промежуточный доклад о своей деятельности Генеральной Ассамблее, а также представить ежегодный доклад Комиссии. Настоящий доклад представляется в соответствии с резолюцией 2005/24.

2. В дополнение к деятельности, уже подробно освещенной в промежуточном докладе Генеральной Ассамблее (A/60/348), Специальный докладчик в сентябре 2005 года посетил Индию, чтобы выступить на ежегодном совещании Международной федерации медицинских и правозащитных организаций с основным докладом на тему "Гендерные аспекты здоровья и прав человека: материнская смертность как нарушение права на здоровье". В Нью-Дели он выступил с заключительным словом на десятом международном совещании "Женщины и здоровье" и провел встречи с официальными лицами министерства здравоохранения, национальной комиссии по правам человека Индии, регионального отделения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и ряда неправительственных организаций (НПО). Позднее в сентябре он принял участие в проводившемся в Монреале (Канада) совещании на тему "Права человека и доступ к основным медикаментам: путь вперед". Монреальское совещание, в котором участвовали представители правительств, академических кругов, международных организаций и групп гражданского общества завершилось принятием важного заявления о праве человека на основные лекарства¹. Специальный докладчик намеревается в одном из последующих докладов внимательно рассмотреть вопросы, поднятые в Монреальском заявлении о праве человека на основные лекарства. В октябре он принял участие в совещании, которое было проведено в Женеве организацией "Инициатива за этическую глобализацию" на тему "Корпоративная ответственность, права человека и фармацевтический сектор", выступая на котором он подчеркнул важное значение уточнения обязанностей государств и фармацевтического сектора в вопросах снабжения основными лекарствами. Находясь в Нью-Йорке с целью представить свой доклад Генеральной Ассамблее, Специальный докладчик принял участие в брифинге по вопросам его мандата, который был организован Управлением Верховного комиссара по правам человека (УВКПЧ) и Международной службой за права человека в сотрудничестве с Центром по вопросам здравоохранения и прав человека имени Франсуа-Ксавье Банью

Гарвардской школы общественного здравоохранения. В ноябре Специальный докладчик на неофициальной консультативной встрече по проблематике здравоохранения и прав человека для сотрудников региональных и национальных представительств ВОЗ рассказал о своей работе над показателями реализации права на здоровье, а также над определением приоритетных задач в области права на здоровье.

3. В 2005 году организация "Инициатива за этическую глобализацию" и Специальный докладчик организовали подготовку заявления о праве на здоровье для принятия его на высоком уровне. Более 30 бывших глав государств и правительств, а также другие видные деятели всего мира поддержали "Призыв лидеров мира к действиям" по праву на здоровье; более подробную информацию см. в пункте 18 ниже. 9 декабря 2005 года Британская медицинская ассоциация провела в Лондоне мероприятие по официальному провозглашению "Призыва к действиям", который сейчас открыт для подписания всеми теми, кто поддерживает его содержание². Предполагается, что в 2006 году будут проведены другие мероприятия по официальному провозглашению "Призыва к действиям" на региональном уровне. Специальный докладчик хочет сердечно поблагодарить организацию "Инициатива за этическую глобализацию" за ее неоценимый вклад в работу над этим важным проектом. Он также хочет выразить признательность всем тем, кто подписал этот документ, за их неоценимую поддержку.

I. ПРАВО НА ЭФФЕКТИВНУЮ, КОМПЛЕКСНУЮ СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ДОСТУПНУЮ ДЛЯ ВСЕХ

4. Право на здоровье можно понимать как право на эффективную и комплексную систему здравоохранения, охватывающую охрану здоровья и основополагающие детерминанты здоровья, реагирующую на национальные и местные приоритеты и доступную для всех.

5. Система здравоохранения должна охватывать как охрану здоровья, *так и* основополагающие детерминанты здоровья, такие, как надлежащий уровень санитарии, безопасная питьевая вода и медицинское просвещение.

6. Она должна быть доступной для всех, не только для зажиточных, но и для тех, кто живет в условиях нищеты; не только для этнических групп большинства, но и для меньшинств и коренных народов; не только для тех, кто живет в городских районах, но и для жителей удаленных деревень; не только для мужчин, но и для женщин. Система здравоохранения должна быть доступной для всех людей и общин, находящихся в самом неблагоприятном положении.

7. Далее, она должна чутко реагировать, как на национальные, *так и* местные приоритеты. Обладающие надлежащей подготовкой работники здравоохранения в общинах, такие, как деревенские бригады медицинской помощи, знают приоритеты своих общин в области здравоохранения. Кроме того, охват системой здравоохранения всех членов общества может содействовать обеспечению ее чуткого реагирования на особые нужды охраны здоровья женщин, детей, подростков, пожилых и других групп населения, находящихся в неблагоприятном положении. Всеохватывающее, осознанное и активное участие общины в охране здоровья населения является крайне важной составляющей права на здоровье.

8. Система здравоохранения должна также быть эффективной и комплексной; она должна представлять собой не просто набор слабо скоординированных мероприятий, касающихся различных болезней.

9. Систему здравоохранения нельзя рассматривать лишь с точки зрения возможностей людей пользоваться услугами врачей, наличия лекарств, безопасной питьевой воды и надлежащих санитарных условий. Социально-экономические условия, в которых находится население, обслуживаемое системой здравоохранения, оказывает решающее влияние на здоровье населения. Эти условия, известные как социальные детерминанты здоровья, например, нищета и безработица, могут прежде всего вызывать у людей болезни. Когда Специальный докладчик говорит об основополагающих детерминантах здоровья, он имеет в виду не только такие детерминанты, как безопасная питьевая вода и надлежащие санитарные условия, но и социальные детерминанты здоровья. Эти детерминанты в настоящее время являются предметом внимания Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья, на работе которой Специальный докладчик кратко остановился в своем последнем докладе Генеральной Ассамблее³.

10. По сути дела, право на здоровье сводится к эффективной, комплексной, чутко реагирующей системе здравоохранения, охватывающей как охрану здоровья, так и основополагающие детерминанты здоровья и доступной для всех.

Всемирный саммит, сентябрь 2005 года

11. Одной из наиболее отличительных черт Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, является то значение, которое в них отводится вопросам охраны здоровья: сокращению детской и материнской смертности; борьбе с ВИЧ/СПИДом, малярией и туберкулезом; обеспечению надлежащих санитарных условий и доступа к безопасной питьевой воде; и т.д.⁴. Кроме того, достижение первой цели - ликвидировать крайнюю нищету и голод - немыслимо без достижения целей в

области здравоохранения. Общества, несущие тяжелое бремя по уходу за громадным числом больных и умирающих людей, не могут избавиться от нищеты. Короче говоря, целей в области развития не достигнуть без эффективных систем здравоохранения, доступных для всех.

12. Именно поэтому на Всемирном саммите в сентябре 2005 года 170 глав государств и правительств взяли на себя обязательство:

совершенствовать системы здравоохранения в развивающихся странах и странах с переходной экономикой для обеспечения достаточно многочисленного корпуса медицинских работников, объектов инфраструктуры, систем управления и материалов в интересах достижения к 2015 году связанных с охраной здоровья Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия⁵.

13. В Декларации тысячелетия и в итоговом документе Всемирного саммита 2005 года со всей ясностью отмечается, что как развивающиеся, *так и* развитые страны должны играть решающую роль в создании эффективных и всеохватывающих систем здравоохранения в странах Севера и Юга. Восьмая цель - глобальное партнерство в интересах развития - имеет жизненно важное значение⁶.

14. Руководители мира на Всемирном саммите также решили:

принять к 2006 году и осуществить всеобъемлющие национальные стратегии развития, с тем чтобы реализовать согласованные на международном уровне цели и задачи в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия⁷.

15. С учетом этой твердой решимости Специальный докладчик настоятельно призывает министров здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода разработать такие программы в области здравоохранения, которые были бы достаточно смелыми, чтобы добиться целей в области развития здравоохранения. Тщательно разработанные и просчитанные национальные программы должны отражать то, что реально требуется для развития эффективных, комплексных систем здравоохранения, доступных для всех. В этих программах следует отражать не то, что, по словам доноров, может быть оплачено, - в них должны включаться реальные финансовые потребности, позволяющие достигнуть целей в области развития здравоохранения. Эти национальные программы в области здравоохранения должны затем стать центральной составляющей стратегии развития, которые в соответствии с итоговым документом Всемирного саммита 2005 года должны быть приняты в 2006 году.

16. Специальный докладчик призывает лишь к тому, чтобы мир выполнил обязательство, взятое в 2000 году и подтвержденное в сентябре 2005 года. Это имеет чрезвычайно большое значение, поскольку за последние два десятилетия многие системы здравоохранения были серьезно запущены. Многие системы страдали из-за хронической нехватки инвестиций. Многие системы здравоохранения не только не улучшались и не укреплялись, но и были подорваны и ослаблены.

17. Короче говоря, страны Севера и Юга должны в срочном порядке принять согласованные меры по созданию в развивающихся странах и странах с переходной экономикой эффективных, всеохватывающих систем здравоохранения, доступных для всех, как это предусмотрено в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, глобальным партнерством в целях развития, нашедшим свое отражение в цели 8 Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и в итоговом документе Всемирного саммита 2005 года.

Призыв лидеров мира к действиям по праву на здоровье

18. Сегодня, как никогда прежде, видные деятели мира и низовые организации настоятельно призывают уважать право на здоровье, а также увеличить инвестиции в системы здравоохранения. Как уже указывалось в пункте 3, в декабре 2005 года в Лондоне был официально провозглашен "Призыв лидеров мира к действиям" по праву на здоровье. Этот "Призыв к действиям" был поддержан Джимми Картером и Биллом Клинтоном (бывшими президентами Соединенных Штатов Америки), Фернанду Энрике Кардозу (бывшим президентом Бразилии), Хон Гу Ли (бывшим премьер-министром Кореи), Мэри Робинсон (бывшим президентом Ирландии и бывшим Верховным комиссаром по правам человека), Его Высокопреосвященством Дезмондом Туту (англиканским архиепископом Кейптауна), Его Королевским Высочеством принцем Иордании Аль-Хасаном Бен Талалом, Гру Харлем Брундтланд (бывшим премьер-министром Норвегии и бывшим Генеральным директором ВОЗ), Вангари Маатаи (лауреатом Нобелевской премии мира 2004 года), Вацлавом Гавелом (бывшим президентом Чехословакии и Чешской Республики) и многими другими.

19. В своем "Призыве к действиям" лидеры "настоятельно призывают правительства, а также международные организации, группы гражданского общества, частные компании, общины и людей выполнить свои обязанности по обеспечению реализации основополагающего права людей на здоровье для всех" и "призывают к осуществлению системных изменений для построения надежных систем здравоохранения".

20. Все шире становится осознание того, что эффективная система здравоохранения является одним из важнейших социальных институтов в не меньшей мере, чем судебная система или система политическая⁸. Право на справедливое судебное разбирательство лежит в основе надлежащей судебной системы. Право голоса лежит в основе демократической политической системы. А право на здоровье лежит в основе призыва к созданию эффективной системы здравоохранения, доступной для всех.

21. В течение следующих двух лет, работая в тесном сотрудничестве с другими, Специальный докладчик надеется располагать достаточными средствами для того, чтобы определить и изучить ключевые элементы системы здравоохранения, отражающие международно признанное право людей на здоровье.

II. ОСНОВАННЫЙ НА КОНЦЕПЦИИ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА ПОДХОД К ПОКАЗАТЕЛЯМ ЗДОРОВЬЯ

22. В течение многих лет правозащитное сообщество - т.е. те, кто активно ведет работу по поощрению и защите прав человека, - рассматривает возможность определения роли показателей применительно к правам человека. В соответствии с нормами международного права в области прав человека экономические, социальные и культурные права подлежат постепенному осуществлению⁹. Представители правозащитного сообщества, в фокусе деятельности которых находятся экономические, социальные и культурные права, уделяют особое внимание показателям, поскольку такие показатели позволяют осуществлять мониторинг постепенного осуществления этих прав. Именно в этом контексте в Венской декларации и Программе действий (1993 года) подчеркивается важное значение таких показателей:

в целях повышения эффективности осуществления экономических, социальных и культурных прав следует рассмотреть дополнительные подходы, такие, как система показателей для измерения прогресса в деле осуществления прав, изложенных в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах¹⁰.

23. К сожалению, прогресс в деле выработки такой "системы показателей" был чрезвычайно медленным. Возникали многочисленные концептуальные и иные препятствия. Однако по целому ряду причин, и не в последнюю очередь благодаря повышенному вниманию УВКПЧ к этому вопросу, темпы достижения прогресса на этот счет в последние два года повысились.

24. Специальный докладчик уже посвятил вопросу о показателях и праве на здоровье две главы своих докладов¹¹. В своем первом докладе Генеральной Ассамблее

(в 2003 году) он рассмотрел этот вопрос "в целях постепенной разработки практического, реалистичного и сбалансированного подхода"¹². При подготовке своего первого доклада Специальный докладчик имел в виду определить ряд показателей права на здоровье. В следующем году он представил Генеральной Ассамблее доклад о "ходе работы", в котором он сделал вывод о том, что полезнее было бы рассуждать о подходе к разработке показателей в области права на здоровье с позиций правозащитного подхода¹³.

Что представляет собой в общем плане подход, основанный на концепции прав человека?

25. В последние годы стало ясно, что правозащитный подход к конкретным вопросам, таким, как развитие, сокращение масштабов нищеты и торговля, дает возможность рассматривать эти вопросы с некоторых весьма важных позиций, которые прежде обычно недооценивались. Говоря коротко, правозащитный подход в общем плане требует уделения особого внимания людям и общинам, находящимся в неблагоприятном положении; он требует активного и осознанного участия людей и общин в принятии затрагивающих их решений по вопросам политики; и он требует эффективных, транспарентных и доступных механизмов мониторинга и отчетности. Совокупный эффект этих и других аспектов правозащитного подхода заключается в создании для людей и общин, находящихся в неблагоприятном положении, соответствующих возможностей.

26. Следовательно, правозащитный подход к показателям в области охраны здоровья позволяет осуществлять мониторинг не только достижения ключевых целей в деле охраны здоровья населения, но и некоторых процессов, с помощью которых они достигаются. Самое главное заключается в том, что многие обычно используемые показатели в области охраны здоровья призваны играть важную роль в реализации правозащитного подхода к показателям в области охраны здоровья, если, конечно, будут соблюдены некоторые разумные условия. Например, могут использоваться многие существующие показатели при условии, что они дезагрегируются по различным признакам, таким, как пол, раса и этническая принадлежность. Дезагрегированные показатели могут позволить выяснить, являются ли некоторые находящиеся в неблагоприятном положении люди и общины объектом дискриминации де-факто. В своем большинстве существующие показатели в области здравоохранения редко предназначены для мониторинга таких вопросов, как степень участия населения и подотчетность, хотя эти аспекты являются крайне важными с точки зрения правозащитного подхода. Таким образом, основанный на концепции прав человека подход к показателям в области охраны здоровья требует выработки некоторых новых показателей, позволяющих осуществлять мониторинг этих крайне важных аспектов прав человека.

27. Правозащитный подход к показателям в области здравоохранения не является радикальным отступлением от существующих методологий использования показателей. Скорее, при таком подходе используются многие обычно используемые показатели охраны здоровья, которые, насколько это необходимо, адаптируются (например, за счет требования дезагрегации), и добавляются некоторые новые показатели для мониторинга вопросов (например, вопросов участия и подотчетности), которые в противном случае обычно во внимание не принимаются. Короче говоря, правозащитный подход к показателям охраны здоровья подкрепляет, усиливает и дополняет обычно используемые показатели.

28. Этот подход излагается в настоящей главе и резюмируется в пунктах 49 и 50. Позднее в настоящем докладе в порядке иллюстрации будет показано, как правозащитный подход к охране здоровья применяется к Стратегии в области репродуктивного здоровья, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2004 года.

Альтернативы показателям нет, но их роль не следует преувеличивать

29. Хотя некоторые члены правозащитного сообщества не решаются использовать показатели в своей работе, Специальный докладчик хочет подчеркнуть, что альтернативы использованию показателей для оценки и мониторинга постепенной реализации права на наивысший достижимый уровень здоровья не существует. Если прежде ключевой вопрос заключался в том, "*принадлежит* ли какая-либо роль показателям применительно к праву на наивысший достижимый уровень здоровья?", то сегодня исключительно важный вопрос ставится следующим образом: "*Как* можно самым надлежащим образом использовать показатели для оценки и мониторинга этого основополагающего права людей?" Ответ на этот исключительно важный вопрос заключается в правозащитном подходе к показателям охраны здоровья, рассматриваемом в настоящей главе.

30. Кроме того, правозащитным подходом к показателям охраны здоровья предусмотрены такие составляющие, как дезагрегация данных, участие населения и подотчетность, которые, если их интегрировать в политику и программы в области здравоохранения, по всей вероятности, повысят их эффективность.

31. Одна из главных идей настоящего доклада заключается в том, что показатели призваны играть важную роль в оценке и мониторинге постепенного осуществления права на здоровье. Тем не менее значение этой роли не следует преувеличивать. Какими бы продуманными ни были показатели, они не в состоянии дать полную картину осуществления права на здоровье в том или ином конкретном государстве. В основном

они являются полезными показателями положения в области осуществления права на здоровье в том или ином национальном контексте. Насколько было бы неправильно отрицать, что показатели играют важную роль применительно к праву на здоровье, настолько же неуместно ожидать от них слишком многого.

32. Настоящая глава посвящена не повторению, а углублению анализа и рассуждений, приведенных Специальным докладчиком в двух предыдущих докладах Генеральной Ассамблее по вопросам показателей и права на здоровье.

33. Специальный докладчик неоднократно обращался с просьбой представить замечания к его докладам и с благодарностью получил такие замечания. За годы работы он принимал участие в многочисленных рабочих совещаниях и консультациях по вопросам показателей и права на здоровье. Он крайне признателен ВОЗ, УВКПЧ, Детскому фонду Организации Объединенных Наций, ЮНФПА и многим другим экспертам, действовавшим в своем личном качестве, которые бескорыстно поделились с ним своими специальными знаниями.

Важное значение показателей

34. Как уже отмечалось, международно признанное право на наивысший достижимый уровень здоровья подлежит постепенному осуществлению. Это неизбежно означает, что с течением времени будет происходить эволюция в ожидаемых от государства мерах. Для мониторинга достигаемого прогресса государство нуждается в механизме, позволяющем оценивать изменения в этом аспекте права на здоровье. Наиболее подходящим таким механизмом является комбинированное применение показателей и ориентиров. Так, государство определяет соответствующие показатели, которые помогут ему осуществлять контроль за разными аспектами права на здоровье. Эти показатели, например, могут включать в себя коэффициент материнской смертности и коэффициент детской смертности. Большинство показателей потребуют дезагрегации, как, например, по признакам пола, расы, этнической принадлежности, проживания в сельской/городской местности и социально-экономического положения. Затем государство устанавливает соответствующие национальные цели, или ориентиры, применительно к каждому дезагрегированному показателю¹⁴.

35. Тем самым показатели и ориентиры выполняют две важные функции, которые лежат в основе рассуждений, ведущихся в настоящей главе. *Во-первых*, они могут помогать государству контролировать прогресс во времени, позволяя властям распознавать момент, когда требуется скорректировать политику. *Во-вторых*, они могут помогать в том, чтобы требовать от государства отчета относительно выполнения им своих обязанностей,

вытекающих из права на здоровье, хотя ухудшение показателей необязательно означает, что государство нарушает свои международные обязательства применительно к праву на здоровье, что является важным моментом, который подробнее обсуждается ниже. Разумеется, показатели также призваны играть важную роль и в других отношениях. Например, освещая такие вопросы, как дезагрегация данных, участие населения и подотчетность, показатели могут способствовать повышению эффективности политики и программ.

36. Не только государства, но и другие субъекты также призваны учитывать права человека в своей деятельности по разработке политики. Это было недавно подтверждено 170 главами государств и правительств на Всемирном саммите 2005 года:

Мы принимаем решение включить поощрение и защиту прав человека в национальную политику и поддерживать дальнейшее включение деятельности в области прав человека во все программы системы Организации Объединенных Наций, а также добиваться более тесного сотрудничества между Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека и всеми соответствующими органами Организации Объединенных Наций¹⁵.

37. Включение прав человека в национальную политику в области здравоохранения является важным обязательством, которое требует принятия ряда мер самыми разными субъектами. Одной такой мерой является принятие правозащитного подхода к показателям охраны здоровья. Специальный докладчик надеется, что специализированные учреждения и другие органы системы Организации Объединенных Наций, имеющие дело с вопросами здравоохранения, сочтут настоящую главу полезной для их усилий, направленных на повышение эффективности их деятельности и интеграцию правозащитного аспекта в свою работу.

38. Если говорить коротко, то в контексте права на здоровье показатели могут помочь:

- a) официальным лицам государства, работающим в сфере здравоохранения;
- b) законодательным органам в осуществлении ими контроля за деятельностью исполнительной ветви власти;
- c) судам, учреждениям по правам человека и другим национальным органам, в функции которых входит вынесение суждения о том, выполняет ли государство свои обязанности, вытекающие из права на здоровье;

- d) специализированным учреждениям и другим органам системы Организации Объединенных Наций, поддерживающим партнерские отношения с государствами в деятельности в области здравоохранения;
- e) договорным органам Организации Объединенных Наций по правам человека и другим международным органам, ответственным за мониторинг выполнения государствами их обязанностей, вытекающих из права на здоровье;
- f) неправительственным организациям, ведущим работу по вопросам здравоохранения.

Иллюстрация: использование количества родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом, в качестве показателя

39. В порядке иллюстрации в настоящем разделе демонстрируется, как один дезагрегированный показатель - количество родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом, - может использоваться применительно к праву на здоровье. В данном разделе не излагается правозащитный подход к показателям охраны здоровья. После того, как будет продемонстрирована роль этого показателя (и его ориентиры) применительно к праву на здоровье, в последующих разделах будет представлен правозащитный подход к показателям охраны здоровья.

40. Сексуальное и репродуктивное здоровье является неотъемлемым элементом права на здоровье¹⁶. Поэтому государствам необходим способ, с помощью которого они могут оценивать, достигают ли они постепенно реализации права на сексуальное и репродуктивное здоровье. В этом отношении существует много соответствующих показателей, включая показатель количества родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом. Государство может выбрать этот показатель в качестве одного из показателей, которые оно использует для оценки достижений в постепенной реализации прав на сексуальное и репродуктивное здоровье.

41. Национальные данные могут свидетельствовать о том, что количество родов, принимавшихся квалифицированным персоналом, составляет 60%. При дезагрегировании данных по признаку проживания в сельских или городских районах такие данные могут выявить, что в городских центрах этот показатель составляет 70%, а в сельских районах - лишь 50%. При дальнейшем дезагрегировании по признаку этнической принадлежности данные могут также показывать, что охват сельских районов является неодинаковым: преобладающая этническая группа пользуется охватом в 70%, а группа этнического меньшинства - лишь в 40%. Этот пример свидетельствует об исключительной важности

дезагрегирования данных в качестве средства выявления дискриминации де-факто. При дезагрегировании данных этот показатель подтверждает, что женщины, относящиеся к этническому меньшинству в сельских районах, находятся особенно в неблагоприятном положении и требуют к себе особого внимания.

42. В соответствии с задачей добиваться постепенной реализации права на здоровье государство может принять решение поставить цель достигнуть в последующий пятилетний период единого национального показателя в 70% как для городских, так и для сельских районов. Таким образом, показателем является количество родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом, а ориентир, или цель, - 70%. Государство будет разрабатывать и осуществлять политику и программы, рассчитанные на достижение в течение пяти лет ориентира на уровне 70%. Данные показывают, что политика и программы должны будут специально разрабатываться с целью охвата группы, принадлежащей к этническому меньшинству, проживающему в сельских районах.

43. Ежегодный прогресс в деле достижения установленного ориентира или целевого показателя должен контролироваться, и с учетом такого контроля может требоваться ежегодная корректировка проводимой политики. В конце пятилетнего периода с помощью механизма контроля и отчетности будет выявлено, был ли достигнут целевой показатель в 70% в городских и сельских районах и для всех этнических групп. Если был, то государство на следующий пятилетний период установит более высокий ориентир в соответствии со своими обязательствами добиваться постепенной реализации права на здоровье. Однако если 70-процентный целевой показатель по всем группам не был достигнут, то потребуются выявить причины срыва и принять меры по исправлению положения.

44. Важно, чтобы срыв в достижении установленного ориентира не воспринимался всегда как нарушение государством его международных обязательств, вытекающих из права на здоровье. Государство может не достичь ориентира по причинам, от него не зависящим. Однако если механизм контроля и отчетности покажет, что 70-процентный ориентир не был достигнут, например из-за коррупции в сфере здравоохранения, то из этого, вероятно, последует вывод о том, что государство не соблюдает свои международные обязательства по обеспечению права на здоровье.

45. Одним из важных элементов права на здоровье является международное содействие и сотрудничество. Доноры несут ответственность за оказание финансовой и другой помощи развивающимся странам в разработке политики и программ, в частности в области сексуального и репродуктивного здоровья. Более того, доноры должны нести

ответственность за выполнение этих обязанностей. Таким образом, применительно к примеру, изложенному в предыдущих пунктах, необходимы показатели, чтобы оценивать, что было сделано донорами для оказания содействия государству в реализации эффективной политики в области обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья. Кроме того, необходим механизм контроля и отчетности для решения вопроса о том, сделало ли сообщество доноров все от него разумно зависящее для содействия государству в реализации эффективной политики обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья, позволяя ему достигнуть установленного ориентира на уровне 70%.

46. Разумеется, при рассмотрении этих аспектов - показателей и механизмов отчетности для сообщества доноров - встают непростые вопросы. Тем не менее использование показателей и механизмов отчетности, при которых внимание исключительно сосредоточивается на обязанностях развивающихся стран и не учитываются обязанности сообщества доноров, является несправедливым, ошибочным и не может внушать доверия.

47. Короче говоря, дезагрегированный показатель, такой, как количество родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом, при его использовании вместе с ориентирами может помочь государству определить, какая политика эффективна, а какая таковой не является. Более того, он может также помочь в том, чтобы потребовать от государства отчета в отношении выполнения им своих обязанностей, вытекающих из права на здоровье. Разумеется, один показатель, даже дезагрегированный, не может охватывать все аспекты, имеющие большое значение с точки зрения прав человека. Для этого требуются и другие показатели; они рассматриваются ниже. Тем не менее эта иллюстрация показывает, каким образом дезагрегированный показатель при его использовании вместе с ориентиром может дать определенную полезную информацию о достижении цели постепенного осуществления права на наивысший достижимый уровень здоровья.

Правозащитный подход к показателям в области охраны здоровья

48. Медицинские работники и лица, разрабатывающие политику, постоянно используют множество показателей охраны здоровья, такие, как количество родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом, коэффициент материнской смертности и коэффициент распространения ВИЧ. Можно ли просто взять эти показатели охраны здоровья и назвать их "правозащитными показателями" или "показателями права на здоровье"? Или же показатели, которые должны использоваться для мониторинга прав человека и права на здоровье, требуют каких-либо особых характеристик? Если да, то каковы эти особые характеристики?

49. Как Специальный докладчик приходит к выводу в его докладе Генеральной Ассамблее (2004 года), показатели охраны здоровья могут использоваться для осуществления контроля за разными аспектами постепенного осуществления права на здоровье при условии, что:

а) они соответствуют с определенной степенью точности норме, касающейся права на здоровье. Между показателем и нормой или стандартом, касающимся права на здоровье, должно существовать достаточно точное соответствие, или связь. Например, в случае количества родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом, должно существовать достаточно точное соответствие с рядом норм в области прав человека, включая право на здоровье и право на жизнь матери и ребенка, например с пунктом 2 а) статьи 24 Конвенции о правах ребенка;

*б) они дезагрегируются по крайней мере по признакам пола, расы, этнической принадлежности, проживания в сельской/городской местности и социально-экономического положения. В области прав человека предметом особого внимания являются те категории людей и групп, которые находятся в неблагоприятном положении. Это находит свое отражение в многочисленных положениях международного права в области прав человека и не в последнюю очередь в тех положениях, которыми закрепляются принципы недискриминации и равенства. Хотя показатель охраны здоровья может быть, а может и не быть дезагрегирован, с точки зрения прав человека все соответствующие показатели должны быть в обязательном порядке дезагрегированы. Более сложный вопрос заключается в следующем: по каким признакам следует дезагрегировать показатели? С точки зрения прав человека цель заключается в том, чтобы дезагрегировать показатели по как можно большему числу предусмотренных на международном уровне признаков, по которым запрещается дискриминация¹⁷. Однако сбор дезагрегированных данных по-прежнему является грандиозной проблемой для многих государств. Ввиду ограниченности соответствующего потенциала надежных дезагрегированных данных зачастую просто нет. Есть и еще одна сложность: уязвимость и дискриминация обусловлены конкретными обстоятельствами. Если в одних условиях та или иная группа может быть особенно уязвимой, в других условиях она таковой может и не быть. Из этого следует, что в конкретных национальных условиях необходимо будет отдавать предпочтение сбору одних дезагрегированных данных, а не для других. Кроме того, некоторые вопросы охраны здоровья потребуют дезагрегации данных по особым признакам; например, в контексте сексуального и репродуктивного здоровья дезагрегация по признаку возраста является крайне необходимой в силу большого значения, придаваемого сексуальному и репродуктивному здоровью *подростков*. С учетом этих наблюдений Специальный докладчик полагает, что соответствующие*

показатели должны обычно дезагрегироваться как минимум по признакам пола, расы, этнической принадлежности, проживания в сельской/городской местности и социально-экономического положения. Однако эти признаки дезагрегации необходимо будет рассматривать с учетом i) потенциала; ii) условий; iii) конкретного соответствующего вопроса охраны здоровья;

с) *они подкрепляются дополнительными показателями контроля за пятью основными и взаимосвязанными характеристиками права на здоровье¹⁸:*

- i) *национальная стратегия и план действий, которые включают право на здоровье.* Поскольку право на здоровье требует, чтобы государство располагало стратегией и планом действий, предусматривающими обеспечение права на здоровье, включая всеобщий доступ к системе здравоохранения, для оценки этого крайне важного аспекта требуются показатели¹⁹;
- ii) *участие отдельных лиц и групп, особенно наиболее уязвимых и находящихся в неблагоприятном положении, в формулировании политики и программ в области здравоохранения.* Поскольку участие населения является исключительно важным аспектом права на здоровье, необходимы показатели, позволяющие оценивать, в какой мере политика и программы в области здравоохранения, включая контроль за качеством предоставляемых услуг, обеспечивают участие населения²⁰;
- iii) *доступ к информации по вопросам здравоохранения, а также конфиденциальность личных данных о здоровье.* Поскольку доступ к информации по вопросам здравоохранения является крайне важным аспектом права на здоровье, необходимы показатели, позволяющие оценивать, какая имеется информация по вопросам здравоохранения и насколько она доступна для всех. Информация по вопросам здравоохранения позволяет людям, в частности, заботиться о своем здоровье и требовать у государства и других субъектов качественного обслуживания. Ясно также, что другие крайне важные аспекты права на здоровье, такие, как целенаправленное участие населения, зависят от доступности надежной информации по вопросам здравоохранения. Кроме того, в силу требований конфиденциальности личных данных о здоровье необходимы показатели, позволяющие оценивать, в какой мере такая конфиденциальность соблюдается;

- iv) *международная помощь и сотрудничество доноров в деле осуществления права на здоровье в развивающихся странах.* Концепция права на здоровье налагает на развитые государства обязательство принимать меры по содействию развивающимся странам в реализации права на здоровье²¹. Следовательно, необходимы показатели, позволяющие оценивать, в какой мере доноры выполняют эту обязанность;
- v) *доступные и эффективные механизмы контроля и отчетности.* Поскольку концепция права на здоровье требует, чтобы все те, на ком лежат обязанности, вытекающие из права на здоровье, отчитывались о своей деятельности, необходимы показатели, позволяющие оценивать наличие доступных и эффективных механизмов контроля и отчетности²².

50. Один показатель не может обладать всеми этими характеристиками. Следовательно, вместо того, чтобы пытаться выявить конкретные показатели права на здоровье, полезней было бы стать на позиции правозащитного подхода к показателям охраны здоровья. Иными словами, хотя один показатель не может обладать всеми характеристиками, указанными в предыдущем пункте, можно выявить *круг* показателей, которые *в своей совокупности* обладают всеми этими характеристиками. Вместе эти различные показатели могут помочь государству проконтролировать процесс постепенного осуществления права на здоровье. Короче говоря, сочетание соответствующих показателей может в совокупности представлять собой правозащитный подход к показателям охраны здоровья.

Проблема терминологии

51. В литературе можно встретить самые разнообразные показатели в области охраны здоровья. Однако налицо более существенная проблема. Не существует общепризнанного и последовательного метода классификации и индексирования различных видов показателей в области охраны здоровья. Например, можно встретить следующие категории и названия показателей: результативность работы, статистические показатели, переменные показатели, процесс, управление, последствия, отдача, результат, достижение, структурные показатели, показатели выборки, качественные показатели, количественные показатели, основные показатели и взаимосвязанные показатели. Один и тот же показатель может относиться к нескольким категориям. Такая многочисленность частично совпадающих показателей вносит большую путаницу. Самое главное заключается в том, что это ограничивает круг лиц, ведущих осмысленную дискуссию по данному вопросу, небольшой элитной группой экспертов в области здравоохранения. Отсутствие общего подхода к классификации показателей в области охраны здоровья

создает трудности для тех, кто хотел бы внедрить простую, последовательную и рациональную систему показателей в области охраны здоровья, основанную на концепции прав человека.

52. Чтобы добиться прогресса, необходимо в обязательном порядке обеспечить определенную ясность и последовательность терминологии. В 2003 году Специальный докладчик предложил уделить особое внимание следующим трем категориям показателей: *структурным показателям, показателям процесса и показателям последствий*. Хотя в литературе по вопросам здравоохранения единодушия на этот счет нет, эти категории и названия понятны широкому кругу людей. Они также являются относительно простыми. Они используются некоторыми департаментами ВОЗ, как, например, Департаментом по вопросам политики в отношении основных лекарственных и медицинских препаратов. С 2003 года УВКПЧ и другие органы также начали использовать эти три термина. Эти термины и категории стал использовать заместитель Председателя Комитета по экономическим, социальным и культурным правам Айбе Ридель. По мнению Специального докладчика, эти термины могут использоваться не хуже (если не лучше), чем другие. Поскольку последовательная терминология будет во многом помогать государствам, межправительственным организациям, группам гражданского общества и другим субъектам, он рекомендует при формулировании показателей в области прав человека применительно к сфере здравоохранения использовать категории структурных показателей, показателей процесса и показателей последствий.

53. В нижеследующих пунктах Специальный докладчик дает определение структурным показателям, показателям процесса и показателям последствий. Он признает, что не всегда легко провести четкое различие между этими категориями. Эти определения, несомненно, потребуют дальнейшего уточнения. Тем не менее он полагает, что приводимые ниже определения будут служить в качестве рабочих определений.

54. *Структурные показатели* отражают наличие или отсутствие ключевых структур и механизмов, необходимых для осуществления права на здоровье или способствующих осуществлению такого права. Они нередко (но не всегда) оформляются в качестве вопроса, ответом на который будет просто "да" или "нет". Например, они могут касаться ратификации международных договоров, предусматривающих право на здоровье; принятия национальных законов и политики, которыми непосредственно поощряется и защищается право на здоровье; или существования основных институциональных механизмов, содействующих реализации права на здоровье, в том числе наличия органов регулирования.

55. *Показателями процесса* оцениваются программы, деятельность и мероприятия. Ими фактически оцениваются усилия государства. Например, показателями процесса являются следующие показатели: количество родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом; количество учреждений на 500 000 человек населения, оказывающих основную акушерскую помощь; доля беременных женщин, получивших консультацию и проверенных на ВИЧ; процент людей, получивших информацию по вопросам материнства и ухода за новорожденными, планирования семьи и инфекций, передаваемых половым путем; количество учебных программ и общественных кампаний по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, организованных национальным учреждением по правам человека за последние пять лет. Такие показатели процесса могут содействовать предсказанию последствий с точки зрения охраны здоровья.

56. *Показатели последствий* позволяют оценивать воздействие программ, деятельности и мероприятий на состояние здоровья и смежные вопросы. К числу показателей последствий относятся материнская смертность, детская смертность, коэффициент распространения ВИЧ и доля женщин, которые знакомы с методами контрацепции.

57. Если структурные показатели нередко сформулированы в качестве вопроса, ответом на который является простое "да" или "нет", то показатели процесса и последствий нередко будут использоваться в сочетании с ориентирами или целевыми заданиями, по которым оцениваются изменения во времени. Однако нет принципиальной причины, по которой все три вида показателей не могут *либо* требовать ответа "да" или "нет", *либо* использоваться в сочетании с ориентирами для оценки изменений во времени.

58. Специальный докладчик особо заинтересован в таких показателях, которые могут использоваться государствами и другими субъектами для оценки процесса постепенного осуществления права на здоровье. Так, например, он особо заинтересован в показателях, которые при использовании в сочетании с ориентирами позволяют оценивать изменения во времени. Тем не менее показатели, ответом на которые будет только "да" или "нет", могут также давать полезную информацию о приверженности государства осуществлению права на здоровье. Такие показатели имеют дополнительное преимущество, заключающееся в том, что необходимую информацию можно обычно быстро собрать с помощью не требующего больших затрат вопросника.

59. В некоторых случаях вполне может быть установлена связь между структурным показателем (существуют ли стратегия и план действий по сокращению материнской смертности?), показателем процесса (количество родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом) и показателем последствий (материнская

смертность). Вместе с тем показатели последствий нередко отражают многочисленные сложные и взаимозависимые факторы. Нередко будет трудно с большой степенью уверенности определить причинно-следственные связи между структурными показателями, показателями процесса и показателями последствий, т.е. между политикой, мероприятиями и последствиями в виде состояния здоровья населения.

60. Как Специальный докладчик подчеркнул в другой части этого доклада, было бы неправильно ожидать от показателей слишком многого. Например, при структурном показателе "закрепило ли государство право на здоровье в своей конституции?", если ответ положительный ("да"), то это является полезной информацией. Однако если закрепленное в конституции право на здоровье не обеспечивается судебной защитой и не принимается во внимание при разработке национальной политики, то такое конкретное конституционное положение имеет весьма ограниченную ценность. Имея это в виду, Специальный докладчик полагает, что ответ на любой показатель может быть дополнен кратким "текстуальным" примечанием или замечанием. Например, в вышеприведенном примере ответ может быть следующим: "да - но данное право еще предстоит учесть при формулировании политики в области здравоохранения". Краткое примечание такого рода, разумеется, не устраняет многоплановые ограничения, свойственные показателям. И тем не менее оно может помочь в составлении более полной картины о праве на здоровье в соответствующем государстве, чем простой ответ "да" или "нет" или цифровой показатель.

61. Дополнительные конкретные примеры структурных показателей, показателей процесса и показателей последствий приводятся в приложении²³.

III. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Право на эффективную комплексную систему здравоохранения, доступную для всех

62. **Право на здоровье можно понимать как право на эффективную и комплексную систему здравоохранения, охватывающую охрану здоровья и основополагающие детерминанты здоровья, реагирующую на национальные и местные приоритеты и доступную для всех.**

63. **Одной из наиболее отличительных черт Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, является то значение, которое в них отводится вопросам охраны здоровья. Эти Цели не могут быть достигнуты без эффективных систем здравоохранения, доступных для всех. В итоговом документе Всемирного саммита 2005 года подтверждается, что развивающимся и развитым**

странам принадлежит решающая роль в создании эффективных и всеохватывающих систем здравоохранения как в странах Севера, так и в странах Юга. На Всемирном саммите руководители мира решили принять к 2006 году "всеобъемлющие национальные стратегии развития", с тем чтобы достичь, в частности, Целей развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

64. Специальный докладчик настоятельно призывает министров здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода разработать такие программы в области здравоохранения, которые были бы достаточно смелыми, чтобы добиться целей в области развития здравоохранения. Отражая фактические финансовые потребности, обеспечивающие развитие эффективных систем здравоохранения, доступных для всех, эти программы в области здравоохранения должны стать центральной составляющей "всеобъемлющих национальных стратегий развития", предусмотренных итоговым документом Всемирного саммита. Страны Севера и Юга должны в срочном порядке принять согласованные меры по созданию эффективных систем здравоохранения в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой.

Правозащитный подход к показателям охраны здоровья

65. Многие *существующие* показатели охраны здоровья, которые уже в обычном порядке применяются министерствами здравоохранения и другими органами, призваны потенциально играть важную роль в оценке и мониторинге постепенной реализации права на наивысший достижимый уровень здоровья.

66. Показатели охраны здоровья могут использоваться для контроля за аспектами постепенной реализации права на наивысший достижимый уровень здоровья при условии, что:

а) они соответствуют с определенной степенью точности норме, касающейся права на здоровье;

б) они дезагрегируются по крайней мере по признакам пола, расы, этнической принадлежности, проживания в сельской/городской местности и социально-экономического положения; признаки, по которым осуществляется дезагрегация, должны рассматриваться с учетом потенциала, условий и конкретного соответствующего вопроса здравоохранения;

с) они подкрепляются дополнительными показателями контроля за пятью основными и взаимосвязанными характеристиками права на здоровье:

- i) национальной стратегией и планом действий, которые включают право на здоровье;
- ii) участием отдельных лиц и групп, особенно наиболее уязвимых и находящихся в неблагоприятном положении, в формулировании политики и программ в области здравоохранения;
- iii) доступом к информации по вопросам здравоохранения, а также конфиденциальностью личных данных о здоровье;
- iv) международной помощью и сотрудничеством доноров в деле осуществления права на здоровье в развивающихся странах;
- v) доступными и эффективными механизмами контроля и отчетности.

67. Хотя один показатель не может обладать всеми характеристиками, указанными в предыдущем пункте, можно определить *круг* показателей, которые в *своей совокупности* обладают всеми этими характеристиками. Поэтому вместо того, чтобы пытаться выявить конкретные показатели права на здоровье, полезней было бы стать на позиции *правозащитного подхода к показателям в области охраны здоровья*.

68. Правозащитный подход к показателям в области охраны здоровья является не только средством, позволяющим государствам и другим субъектам оценивать и контролировать процесс постепенного осуществления права на здоровье. Помимо этого, таким подходом охватываются такие элементы, как дезагрегация данных, участие населения и подотчетность, которые, если их интегрировать в политику и программы в области здравоохранения, по всей вероятности, повысят их эффективность.

69. По мере необходимости государства должны адаптировать существующие у них показатели (например, за счет внедрения соответствующей дезагрегации данных) и выявить новые показатели (например, касающиеся участия населения и подотчетности), с тем чтобы привести свою практику в соответствие с правозащитным подходом к показателям в области охраны здоровья, изложенным в настоящей главе.

70. В целях оказания содействия своим партнерам в лице государств специализированные учреждения и другие органы Организации Объединенных Наций должны тоже по мере необходимости адаптировать существующие у них показатели и выявить новые показатели в соответствии с правозащитным подходом к показателям в области охраны здоровья, изложенным в настоящей главе.

71. Договорным органам по правам человека настоятельно рекомендуется в их руководящих указаниях по представлению докладов, в ходе "конструктивного диалога", в заключительных замечаниях и других документах придерживаться - и рекомендовать государствам-участникам придерживаться - правозащитного подхода к показателям в области охраны здоровья, изложенного в настоящей главе.

72. УВКПЧ должно и впредь играть решающую роль в разработке правозащитного подхода к показателям вообще и правозащитного подхода к показателям в области здравоохранения в частности.

73. Неправительственные организации должны придерживаться правозащитного подхода к показателям в области охраны здоровья, изложенного в настоящей главе.

74. Хотя в настоящей главе излагается методология применения правозащитного подхода к показателям в области охраны здоровья, для того чтобы эта методология стала полностью функциональной, потребуются дополнительная работа.

В частности, следует уделить дополнительное внимание:

- разработке показателей, позволяющих оценивать пять основных характеристик права на здоровье: национальную стратегию и план действий; участие населения; наличие информации по вопросам здравоохранения, а также конфиденциальность личных данных о здоровье; международную помощь и сотрудничество; и контроль и подотчетность²⁴;
- изучению того, каким образом правозащитный подход к показателям в области охраны здоровья может лучше всего отражать относящуюся к праву на здоровье аналитическую основу принципов доступности, наличия, приемлемости и качества²⁵.

75. Во всей своей работе, в том числе и во время поездок в страны, Специальный докладчик будет пропагандировать правозащитный подход к показателям в области охраны здоровья, изложенный в настоящей главе. Он просит направлять ему

замечания, касающиеся этого подхода. С учетом опыта и полученных замечаний он будет и далее дорабатывать правозащитный подход к показателям в области охраны здоровья.

76. Нынешняя многочисленность терминов, обозначающих различные категории показателей в области охраны здоровья, является чрезвычайно путаной и представляет собой серьезное препятствие для разработки последовательного, стройного и рационального подхода к политике в области здравоохранения. Для разработки общего подхода, который был бы понятен неспециалистам, Специальный докладчик настоятельно рекомендует при использовании правозащитного подхода к показателям в области охраны здоровья применять следующие основные термины и категории: *структурные показатели, показатели процесса и показатели последствий*. Он признает, что определения структурных показателей, показателей процесса и показателей последствий с учетом полученного опыта будут нуждаться в корректировке и уточнении. Он также признает, что могут иметь место исключительные случаи, когда требуются дополнительные категории показателей. Тем не менее он настоятельно рекомендует, в качестве общего правила, заменить нынешнюю вносящую путаницу многочисленность частично совпадающих терминов показателями структурными, процесса и последствий.

77. И наконец, уже более десятилетия идут непрекращающиеся дискуссии о правах человека и показателях. Существует настоятельная потребность в том, чтобы эти обсуждения постепенно перешли с теоретического уровня на практический. Благодаря многолетней работе бесчисленного множества экспертов в области здравоохранения и прав человека основные характеристики правозащитного подхода к показателям в области охраны здоровья становятся все более и более ясными. Разумеется, этот подход будет и дальше развиваться и совершенствоваться. Тем не менее Специальный докладчик настоятельно рекомендует всем сторонам приступить к применению изложенного в настоящей главе правозащитного подхода к показателям в области охраны здоровья, в качестве способа оценки и мониторинга постепенного осуществления права на наивысший достижимый уровень здоровья и повышения эффективности политики и программ в области здравоохранения.

78. В порядке иллюстрации в приложении к настоящему докладу приводится таблица, в которой продемонстрировано использование изложенного в настоящей главе правозащитного подхода к показателям применительно к Стратегии в области репродуктивного здоровья, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2004 года.

Примечания

- ¹ The statement is available at <http://www.accessmeds.org/Statement.html>.
- ² The Leaders' Call to Action can be accessed, and signed, at <http://www.realizingrights.org>.
- ³ A/60/348, paras. 5-7.
- ⁴ The Special Rapporteur's report of 2004 to the General Assembly explained how the right to health reinforces the Goals and could contribute to their achievement (A/59/422).
- ⁵ See 2005 World Summit Outcome (A/RES/60/1, para. 57 (a), also 68 (i)). Also see the United Nations Millennium Project's "Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals" and the Project's Task Force report "Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children".
- ⁶ See the Special Rapporteur's report of 2004 to the General Assembly, especially paragraphs 32-35 and 42-46.
- ⁷ Paragraph 22 (a). Also see paragraph 22 (c).
- ⁸ See L. Freedman, *Achieving the MDGs: Health Systems as Core Social Institutions*, DEVELOPMENT 2005, pp. 1-6.
- ⁹ See, e.g. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), article 2, paragraph 1.
- ¹⁰ Paragraph 98.
- ¹¹ See A/58/427; A/59/422.
- ¹² A/58/427, para. 6.
- ¹³ A/59/422, paras. 81 and 83. This approach is informed by the principle confirmed in article 5 of the Vienna Declaration and Programme of Action: "All human rights are universal, indivisible and interdependent and interrelated."
- ¹⁴ Progressive realization is also an implicit feature of the Millennium Development Goals. Indicators and benchmarks are needed to monitor progress towards the achievement of the Goals.
- ¹⁵ 2005 World Summit Outcome, A/RES/60/1, para. 126.

¹⁶ As confirmed by the Commission on Human Rights in resolution 2003/28, preamble and paragraph 6.

¹⁷ According to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), the prohibited grounds include “race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth, physical or mental disability, health status (including HIV/AIDS), sexual orientation and civil, political, social or other status”. General comment No. 14, paragraph 18.

¹⁸ The following paragraphs (i)-(v) are intended only to signal the five essential features. While work has been done elsewhere to explore each feature, more is needed.

¹⁹ CESCR, general comment No. 14, paragraph 43 (f).

²⁰ See, e.g., E/CN.4/2004/49/Add.1, paragraph 27; E/CN.4/2005/51, paragraphs 59-61.

²¹ See, e.g., A/59/422, paragraphs 32-35.

²² Ibid., paragraphs 36-46.

²³ Also see the Special Rapporteur’s General Assembly reports of 2003 and 2004 (A/58/427 and A/59/422).

²⁴ The starting point for further developing such indicators is to clarify the scope - or normative content - of each of the five essential features.

²⁵ This framework derives from CESCR’s general comment No. 14 and has been elaborated upon and applied by the Special Rapporteur in several of his reports e.g. E/CN.4/2005/51 paragraph 46.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Правозащитный подход к показателям применительно к Стратегии в области репродуктивного здоровья, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2004 года

1. Настоящую таблицу следует рассматривать вместе с главой "Правозащитный подход к показателям в области охраны здоровья" доклада Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (E/CN.4/2006/48 от 23 января 2005 года). В таблице продемонстрировано использование изложенного в этой главе правозащитного подхода к показателям применительно к Стратегии в области репродуктивного здоровья, разработанной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2004 года.
2. В Стратегии в области репродуктивного здоровья ВОЗ определены пять приоритетных, или "основных", аспектов репродуктивного и сексуального здоровья. Каждый из них отдельно рассматривается в приводимой ниже таблице. Права человека, включая право на наивысший достижимый уровень здоровья, являются "руководящим принципом" Стратегии ВОЗ.
3. Если бы Стратегию в области репродуктивного здоровья разрабатывал Специальный докладчик, то он включил бы некоторые характеристики, которых нет в Стратегии ВОЗ (в общем плане см. его доклад E/CN.4/2004/49 от 16 февраля 2004 года). Тем не менее для нынешних целей он берет Стратегию ВОЗ и пытается дать предварительный ответ на вопрос: "Какие будут нужны показатели, если использовать правозащитный подход к показателям применительно к Стратегии ВОЗ в области репродуктивного здоровья?"
4. Как разъясняется в главе, на которую уже делалась ссылка, использовать показатель в области охраны здоровья для мониторинга различных аспектов процесса постепенного осуществления права на наивысший достижимый уровень здоровья можно на определенных условиях, одно из которых заключается в том, что такой показатель с определенной степенью точности соответствует норме права на здоровье. Все показатели в области охраны здоровья в приводимой ниже таблице соответствуют с достаточной точностью одной или нескольким нормам права на здоровье, в том числе: пункту 2 а), d), f) статьи 24 Конвенции о правах ребенка, пункту 2 а), c), d) статьи 12 Международного пакта по экономическим, социальным и культурным правам, статье 5 е) iv) Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации и статье 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

5. Важно, чтобы правозащитный подход к показателям не приводил к появлению чрезмерного числа показателей. Исключительно важно также, чтобы показатели были относительно простыми и чтобы большинство государств были в состоянии собирать данные по этим показателям. Нет никакого смысла в выявлении большого числа показателей, по многим из которых большинство государств не в состоянии собирать данные. Следовательно, эти показатели должны быть либо такими, данные по которым обычно уже имеются, либо не требующими для сбора данных существенных дополнительных расходов. Каждый показатель может дополняться очень кратким пояснительным примечанием или замечанием.
6. Показатели в приводимой ниже таблице не являются ни исчерпывающими, ни окончательными. Государство может пожелать расширить или сузить таблицу. Тем не менее Специальный докладчик надеется, что приведенные им показатели будут помогать тем государствам, которые привержены делу контроля за реализацией права на здоровье и не только им.
7. Специальный докладчик с благодарностью получит замечания о том, как усилить правозащитный подход к показателям в области охраны здоровья, изложенные в сопутствующей главе и применяемый в приводимой ниже таблице. Он чрезвычайно признателен всем тем - особенно Департаменту репродуктивного здоровья и исследования ВОЗ, - который оказал неоценимую консультативную помощь при подготовке этого приложения. Составляя эту таблицу, Специальный докладчик пользовался публикацией "Using Human Rights for Maternal and Neonatal Health: A tool for strengthening laws, policies and standards of care", совместно изданной Департаментом репродуктивного здоровья и исследования Всемирной организации здравоохранения и Программой по международным проблемам здравоохранения и прав человека Центра по вопросам здравоохранения и прав человека им. Франсуа-Ксавье Банью Гарвардской школы общественного здравоохранения (2005 год), и искренне рекомендует эту публикацию. Он будет особенно признателен за предложения о том, как улучшить показатели, касающиеся пяти основных характеристик права на здоровье, указанных в пункте 49 с) сопутствующей главы.

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
Основной правовой контекст	<p>S1. Ратифицировало ли государство следующие международные договоры, закрепляющие право на здоровье:</p> <p>a) МПЭСКП? (да/нет)</p> <p>b) КПР? (да/нет)</p> <p>c) КЛДОЖ? (да/нет)</p> <p>d) МКЛРД? (да/нет)</p> <p>S2. Закреплено ли право на здоровье в конституции государства? (да/нет)</p> <p>S3. Предусматривается ли специально в законодательстве государства право на здоровье, включая право на сексуальное и репродуктивное здоровье? (да/нет)</p>	<p>R1. Количество докладов, представленных государством договорным органам, осуществляющим контроль за соблюдением следующих договоров:</p> <p>a) МПЭСКП</p> <p>b) КПР</p> <p>c) КЛДОЖ</p> <p>d) МКЛРД</p> <p>R2. Количество национальных судебных решений по делам о праве на сексуальное и репродуктивное здоровье за последние пять лет</p>	
Основной финансовый контекст	<p>S4. Есть ли у государства закон, предусматривающий обеспечение всеобщего доступа к охране сексуального и репродуктивного здоровья? (да/нет)</p>	<p>R3. Доля ассигнований на цели здравоохранения в государственном бюджете в процентах</p> <p>R4. Доля ассигнований в бюджете здравоохранения на цели охраны сексуального и репродуктивного здоровья в процентах</p>	

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
		<p>P5. Доля государственных <i>расходов на цели здравоохранения</i>, направляемых на охрану сексуального и репродуктивного здоровья в процентах</p> <p>P6. <i>Расходы</i> на душу населения на цели охраны сексуального и репродуктивного здоровья</p>	
Национальная стратегия и план действий	<p>S5. Есть ли у государства национальная стратегия и план действий в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья? <i>(да/нет)</i></p> <p>S6. Предусмотрено ли в стратегии/плане действий обеспечение <i>всеобщего доступа</i> к охране сексуального и репродуктивного здоровья? <i>(да/нет)</i></p> <p>S7. В стратегии/плане действий:</p> <p>а) признаются ли специально права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья? <i>(да/нет)</i></p>	<p>P7. Ведет ли государство сбор данных, достаточных для оценки результатов реализации стратегии/плана действий, особенно применительно к уязвимым группам населения? <i>(да/нет)</i></p>	

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
	b) определяются ли четко: i) цели? <i>(да/нет)</i> ii) временные рамки? <i>(да/нет)</i> iii) ответственные и их обязанности? <i>(да/нет)</i> iv) процедуры отчетности? <i>(да/нет)</i> c) предусмотрены ли специально меры в интересах уязвимых групп? <i>(да/нет)</i>		
Участие	S8. Предусмотрена ли стратегией/планом действий процедура регулярного проведения государством при формулировании, осуществлении и мониторинге политики в области сексуального и репродуктивного здоровья консультаций с широким кругом представителей следующих групп: a) неправительственных организаций? <i>(да/нет)</i> b) профессиональных медицинских организаций? <i>(да/нет)</i> c) местных органов власти? <i>(да/нет)</i>	P8. Проводит ли государство при формулировании, осуществлении и мониторинге политики в области сексуального и репродуктивного здоровья регулярные консультации с широким кругом представителей следующих групп: a) неправительственных организаций? <i>(да/нет)</i> b) профессиональных медицинских организаций? <i>(да/нет)</i> c) местных органов власти? <i>(да/нет)</i> d) лидеров общин? <i>(да/нет)</i> e) уязвимых групп? <i>(да/нет)</i> f) частного сектора? <i>(да/нет)</i>	

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
	d) лидеров общин? (да/нет) е) уязвимых групп? (да/нет) f) частного сектора? (да/нет)		
Информация	<p>S9. Защищается ли законами государства право запрашивать, получать и передавать информацию о сексуальном и репродуктивном здоровье? (да/нет)</p> <p>S10. Есть ли у государства стратегия/план действий по распространению среди населения информации по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья? (да/нет)</p> <p>S11. Предусмотрена ли стратегией/планом действий процедура регулярного распространения государством информации о политике в области сексуального и репродуктивного здоровья:</p> <p>a) неправительственным организациям? (да/нет)</p> <p>b) профессиональным медицинским организациям? (да/нет)</p>	<p>R9. Процент людей, ознакомленных с информацией:</p> <p>a) об уходе за матерями и новорожденными</p> <p>b) об услугах в области планирования семьи</p> <p>c) об абортах и уходе после аборта</p> <p>d) о профилактике и лечении инфекций, передаваемых половым путем</p> <p>e) о профилактике и лечении рака шейки матки и других гинекологических болезней</p> <p>R10. Распространяет ли регулярно государство информацию о политике в области сексуального и репродуктивного здоровья:</p> <p>a) неправительственным организациям? (да/нет)</p> <p>b) профессиональным медицинским организациям? (да/нет)</p> <p>c) местным органам власти? (да/нет)</p>	<p>O1. Процент женщин, знающих методы контрацепции (традиционные и современные)– <i>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>O2. Процент людей в возрасте от 15 до 24 лет, осведомленных о методах профилактики ВИЧ-инфекции – <i>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам пола, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>O3. Процент людей, которые считают, что личная информация, раскрытая медицинским работникам, остается конфиденциальной –</p>

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
Информация (продолжение)	<p>c) местным органам власти? (да/нет)</p> <p>d) СМИ, доступным в сельской местности? (да/нет)</p> <p>S12. Защищают ли законы государства конфиденциальность личной информации о здоровье?</p> <p>S13. Требуют ли законы государства осознанного решения человека давать согласие на лечение или отказываться от лечения?</p>	<p>d) СМИ, доступным в сельской местности? (да/нет):</p> <p>P11. Процент медицинских учреждений, имеющих правила соблюдения конфиденциальности личной информации о здоровье</p> <p>P12. Процент медицинских работников, получивших подготовку по вопросам:</p> <p>a) конфиденциальности личной информации о здоровье</p> <p>b) требования осознанного решения давать согласие на лечение/отказываться от лечения</p>	<p>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, пола, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</p>
Национальные учреждения по правам человека	<p>S14. Есть ли в государстве национальное учреждение по правам человека с мандатом, охватывающим права на сексуальное и репродуктивное здоровье? (да/нет)</p>	<p>P13. Количество мероприятий, проведенных за последние пять лет национальным учреждением, по вопросам прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, как-то:</p> <p>a) учебных программ</p> <p>b) общественных кампаний</p>	

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
		P14. Количество жалоб, касающихся прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, рассмотренных учреждением за последние пять лет	
Международное содействие и сотрудничество (эти показатели для доноров)	<p>S15. Основана ли политика государства в области оказания помощи в целях развития на концепции прав человека? <i>(да/нет)</i></p> <p>S16. Предусматривает ли политика государства в области оказания помощи в целях развития конкретные положения по поощрению и защите прав на сексуальное и репродуктивное здоровье? <i>(да/нет)</i></p>	<p>P15. Процент помощи, направленной на цели охраны сексуального и репродуктивного здоровья</p> <p>P16. Включает ли государство в свои доклады договорным органам по правам человека подробную информацию о помощи и содействии, которые оно оказывает, в том числе в сфере сексуального и репродуктивного здоровья? <i>(да/нет/нерелевантно)</i></p> <p>P17. Предоставляет ли государство ежегодно доклад об оказываемой им конкретным странам международной помощи и содействии, в том числе в сфере сексуального и репродуктивного здоровья:</p> <p>а) правительству страны-реципиента? <i>(да/нет)</i></p>	

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
		b) общественности страны-реципиента? <i>(да/нет)</i>	
<p>Приоритетный аспект 1:</p> <p>Улучшение дородового, родового, послеродового ухода и ухода за новорожденными,</p>	<p>S17. Есть ли у государства стратегия/план действий по:</p> <p>a) сокращению материнской смертности и ее причин? <i>(да/нет)</i></p> <p>b) обеспечению всеобщей системы акушерской неотложной помощи? <i>(да/нет)</i></p> <p>c) обеспечению доступа к уходу, лечению и помощи для ВИЧ-инфицированных беременных женщин? <i>(да/нет)</i></p>	<p>P18. Количество учреждений на 500 000 жителей, оказывающих:</p> <p>a) основную акушерскую помощь</p> <p>b) всестороннюю акушерскую помощь</p> <p>P19. Процент родов, принимавшихся квалифицированным медицинским персоналом* – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i></p> <p>P20. Процент женщин, получивших консультацию и проверенных на СПИД/ВИЧ – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i></p>	<p>O4. Процент женщин, имеющих доступ к дородовому, родовому, послеродовому уходу и уходу за новорожденными, – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>O5. Коэффициент материнской смертности (количество материнских смертей на 100 000 живорождений)* – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>O6. Распространенность ВИЧ среди беременных женщин (в возрасте от 15 до 24 лет)* – <i>Деагрегированные данные по</i></p>

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
		<p>P.21 Процент женщин, проверенных на сифилис – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i></p>	<p><i>крайней мере по признакам расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>О7. Распространенность сифилиса среди беременных женщин (в возрасте от 15 до 24 лет)* – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i></p> <p>О8. Коэффициент неонатальной смертности (количество младенцев, умерших в первый месяц жизни на 1 000 живорождений) – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания на селе/в городе</i></p>

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
<p>Приоритетный аспект 2:</p> <p>Оказание высококачественных услуг в области планирования семьи</p>	<p>S18.</p> <p>a) Требуется ли по законам государства разрешение третьей стороны на получение услуг в области планирования семьи? <i>(да/нет)</i></p> <p>b) Предусматривают ли законы государства, что только замужние женщины могут пользоваться услугами в области планирования семьи? <i>(да/нет)</i></p> <p>S19. Включены ли в национальный список основных лекарств и медицинских средств:</p> <p>a) презервативы? <i>(да/нет)</i></p> <p>b) гормональные контрацептивы, в том числе неотложные контрацептивы? <i>(да/нет)</i></p>	<p>P22. Процент учреждений первичной медико-санитарной помощи, предоставляющих всесторонние услуги в области планирования семьи (всю информацию и консультационные услуги по контрацепции и запасы контрацептивов по крайней мере по шести методам контрацепции, в том числе по мужской и женской, временной, постоянной и неотложной контрацепции)</p>	<p>O9. Процент людей, имеющих доступ к всесторонним услугам в области планирования семьи – <i>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, пола, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>O10. Процент женщин с риском беременности, пользующихся (или партнер которых пользуется) одним из методов контрацепции (все методы)* – <i>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>O11. Процент женщин с риском беременности, желающих избежать беременности, но не пользующихся (или партнер которых не пользуется) одним из методов контрацепции – <i>Дезагрегированные данные по</i></p>

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
			<i>крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i>
<p>Приоритетный аспект 3:</p> <p>Искоренение небезопасных аборт</p>	<p>S20. Разрешают ли законы государства аборт:</p> <p>a) по просьбе? <i>(да/нет)</i></p> <p>b) по причинам экономического или социального характера? <i>(да/нет)</i></p> <p>c) по причине физического и/или психического здоровья женщины? <i>(да/нет)</i></p> <p>d) для спасения жизни женщины? <i>(да/нет)</i></p> <p>e) в случае изнасилования или инцеста? <i>(да/нет)</i></p> <p>f) в случае дефектов у плода? <i>(да/нет)</i></p> <p>g) ни при каких обстоятельствах не разрешают? <i>(да/нет)</i></p> <p>S.21 Считается ли аборт по законам государства преступлением? <i>(да/нет)</i></p>	<p>R23. Процент учреждений, предоставляющих услуги по прерыванию беременности и/или по уходу после аборта</p> <p>R24. Процент медицинских работников, имеющих подготовку по прерыванию беременности/ уходу после аборта</p>	<p>O12. Процент женщин, имеющих доступ к услугам по прерыванию беременности и/или по уходу после аборта – <i>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i></p> <p>O13. Коэффициент прерывания беременности (количество абортов на 1 000 женщин репродуктивного возраста) – <i>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i></p>

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
	<p>S22. Есть ли у государства стратегия и план действий по искоренению небезопасных абортов:</p> <p>a) для предупреждения небезопасных абортов? <i>(да/нет)</i></p> <p>b) для обеспечения ухода после аборта?<i>(да/нет)</i></p>		<p>O14. Процент материнских смертей, вызванных небезопасным абортом. – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i></p>
<p>Приоритетный аспект 4:</p> <p>Борьба с инфекциями, передаваемыми половым путем, раком шейки матки и другими гинекологическими болезнями</p>	<p>S23. Есть ли у государства стратегия/план действий:</p> <p>a) для профилактики инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ? <i>(да/нет)</i></p> <p>b) для лечения инфекций, передаваемых половым путем? <i>(да/нет)</i></p> <p>c) для антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных? <i>(да/нет)</i></p> <p>d) для профилактики рака шейки матки? <i>(да/нет)</i></p>	<p>P25. Количество презервативов, имевшихся в наличии для распространения в стране (в течение последних 12 месяцев) по отношению к численности населения в возрасте от 15 до 49 лет</p> <p>P26. Процент учреждений по оказанию услуг в области планирования семьи, предоставляющих консультационную помощь по предупреждению как инфекций, передаваемых половым путем/ВИЧ, так и нежелательной беременности</p>	<p>O15. Процент людей, имеющих доступ :</p> <p>a) к медицинской помощи, касающейся инфекций, передаваемых половым путем</p> <p>b) к профилактике рака шейки матки и других гинекологических болезней -</p> <p><i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i></p>

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
		<p>R27. Процент женщин, проверенных на рак шейки матки в течение последних пяти лет – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p>	<p>O16. Процент людей, которые сами диагностировали или у которых были диагностированы симптомы инфекций, передаваемых половым путем – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, пола, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>O17. Распространение ВИЧ у групп высокого риска – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, пола, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>O18. Процент женщин, заболевших раком шейки матки – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам возраста, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p>

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
<p>Приоритетный аспект 5:</p> <p>Содействие сексуальному здоровью населения, включая подростков</p>	<p>S24. Требуют ли законы государства всестороннего просвещения по вопросам сексуального здоровья в период обязательного обучения в школе? <i>(да/нет)</i></p> <p>S25. Есть ли у государства стратегия/план действий по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья подростков? <i>(да/нет)</i></p> <p>S26. Запрещают ли законы государства сексуальное насилие, включая изнасилование в браке? <i>(да/нет)</i></p> <p>S27. Запрещают ли законы государства калечащие операции на женских половых органах и другую вредную традиционную практику? <i>(да/нет)</i></p> <p>S28. Запрещают ли законы государства как для мужчин, так и для женщин браки в возрасте до 18 лет? <i>(да/нет)</i></p>	<p>P28. Процент людей в возрасте от 15 до 19 лет, получивших в школе знания по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья – <i>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам пола, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>P29. Число случаев сексуального насилия, включая изнасилование в браке, о которых было сообщено правоохранительным органам и/или работникам здравоохранения в течение последних пяти лет</p>	<p>O19. Процент людей в возрасте от 15 до 19 лет, знакомых с методами профилактики ВИЧ-инфекции</p> <p>O20. Повозрастной коэффициент фертильности (15-19 лет и 20-24 года) – <i>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p> <p>O21. Возраст вступления в брак – <i>Дезагрегированные данные по крайней мере по признакам пола, расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/городской местности</i></p>

	Структурные показатели	Показатели процесса	Показатели последствий
	S.29 Предусматривают ли законы государства полное и свободно выраженное согласие на вступление в брак? <i>(да/нет)</i>		O22. Процент женщин, подвергшихся калечащим операциям на половых органах – <i>Деагрегированные данные по крайней мере по признакам расы, этнической принадлежности, социально-экономического положения и проживания в сельской/ городской местности</i>

Сокращения и примечание

МПЭСКП - Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах

КПР - Конвенция Организации Объединенных Наций о правах ребенка

КЛДОЖ - Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин

МКЛРД - Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации

* Означает показатель, предусмотренный Целями в области развития, сформулированными в Декларации тысячелетия