



**ЭКОНОМИЧЕСКИЙ  
И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ**

Distr.  
GENERAL

E/CN.4/2005/51  
11 February 2005

RUSSIAN  
Original: ENGLISH

КОМИССИЯ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА  
Шестьдесят первая 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 Ханта\***

---

\* Настоящий документ представляется с опозданием, с тем чтобы включить в него последнюю обновленную информацию.

## Резюме

В соответствии с резолюцией 2004/27 Комиссии в настоящем докладе приводится обзор некоторых видов деятельности, которые Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья осуществлял после своего второго промежуточного доклада Генеральной Ассамблее (A/59/422).

В своем промежуточном докладе от февраля 2003 года Комиссии по правам человека Специальный докладчик сообщил о своем намерении уделять особое внимание, в частности, проблеме дискриминации и остракизма. Такой подход был одобрен Комиссией по правам человека в ее резолюции 2003/28.

В связи с этим Специальный докладчик посвящает свой нынешний доклад группе наиболее забытых, обездоленных и беззащитных людей, а именно людей с психическими нарушениями.

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья является сложным и широким понятием. Во исполнение своего мандата Специальный докладчик развивает общий подход к этому праву с целью сделать его более понятным.

В разделе I.A настоящего доклада этот общий подход применяется к инвалидности вследствие психического заболевания и праву на здоровье. Например, этот вопрос рассматривается в нем через призму свобод, смежных прав, недискриминации и равенства, участия и международной помощи и сотрудничества.

В разделе I.B кратко освещаются три связанные с инвалидностью вследствие психического заболевания вопросы, которые требуют особого внимания, а именно умственная недостаточность, право на интеграцию в жизнь общества и согласие на лечение.

В заключение в докладе приводятся некоторые краткие выводы и рекомендации.

## СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Пункты</u>	<u>Стр.</u>
ВВЕДЕНИЕ .....	1 - 5	4
I. ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ.....	6 - 93	5
1. Замечание по терминологии .....	18 - 22	9
A. РАЗРАБОТКА СТАНДАРТОВ И ОБЯЗАТЕЛЬСТВ	23 - 75	10
1. Некоторые международно-правовые документы, не имеющие обязательной юридической силы	24 - 30	11
2. Инвалидность и право человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.....	31 - 32	13
3. Постепенная реализация и ограниченность ресурсов .....	33 - 37	13
4. Свободы .....	38 - 41	14
5. Смежные права .....	42 - 45	15
6. Наличие, доступность, приемлемость и высокое качество .....	46	16
7. Уважение, защита и осуществление .....	47 - 50	18
8. Недискриминация и равенство .....	51 - 58	19
9. Участие .....	59 - 61	21
10. Международная помощь и сотрудничество.....	62 - 66	22
11. Надзор и отчетность .....	67 - 75	23
B. ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.....	76 - 90	26
1. Инвалидность вследствие психического заболевания .....	77 - 82	26
2. Право на интеграцию в жизнь общества.....	83 - 86	28
3. Согласие на лечение .....	87 - 90	29
II. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ .....	91 - 93	30

## Введение

1. В своей резолюции 2002/31 Комиссия по правам человека учредила мандат Специального докладчика по праву каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья ("право на здоровье"). После своего назначения в 2002 году Специальный докладчик представил промежуточный доклад Комиссии (E/CN.4/2003/58), в котором он кратко изложил свой подход к осуществлению своего мандата, включая, в частности, такие основные направления, как нищета, дискриминация и право на здоровье.

2. В 2003 году Специальный докладчик представил Генеральной Ассамблее доклад (A/58/427), в котором, в частности, рассматривался вопрос о показателях и ориентирах, а также вопросы ВИЧ/СПИДа и права на здоровье. В 2004 году Специальный докладчик представил Комиссии по правам человека доклад (E/CN.4/2004/49), в котором, в частности, рассматривались такие проблемы, как право на сексуальное и репродуктивное здоровье, стратегия сокращения масштабов нищеты в Нигерии и запущенные болезни. Он также представил доклад о своей миссии во Всемирную торговую организацию (E/CN.4/2004/49/Add.1). В резолюции 2004/27 Комиссия по правам человека приняла к сведению доклад Специального докладчика и предложила ему продолжить его анализ правозащитных аспектов проблемы "забытых болезней" и представить соответствующий доклад Комиссии на ее шестьдесят первой сессии о деятельности, предпринятой в ходе осуществления своего мандата, а также промежуточный доклад Генеральной Ассамблее. Настоящий доклад представляется в соответствии с резолюцией 2004/27.

### Деятельность за последний период

3. В 2004 году Специальный докладчик представил Генеральной Ассамблее доклад (A/59/422), в котором, в частности, рассматривалась связь между целями в области развития в части, касающейся здравоохранения, и правом на здоровье. В 2004 году Специальный докладчик совершил поездки в Перу (6-15 июня) и Румынию (23-27 августа) по приглашению правительств этих стран. В рамках своего мандата Специальный докладчик присутствовал на различных совещаниях. Например, в Нью-Йорке он встретился с представителями Проекта тысячелетия, Кампании за достижение целей Декларации тысячелетия и ЮНИСЕФ. Он участвовал в работе Конференции в Утрехте (Нидерланды), организованной Международной федерацией медицинских и правозащитных организаций, а также в работе совещания в Лондоне по вопросу о праве на здоровье, организованного организацией "Врачи за права человека", Соединенное Королевство. Он постоянно поддерживает контакты со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) по широкому ряду вопросов, включая запущенные болезни, и

также проводит обсуждения с представителями ЮНЭЙДС. При поддержке ВОЗ и Программы развития Организации Объединенных Наций/ВОЗ/Специальной программы научных исследований и подготовки специалистов по тропическим болезням ПРООН/ВОЗ/Всемирного банка Специальный докладчик завершит работу в 2005 году над докладом, посвященным запущенным болезням и праву на здоровье.

4. В октябре Специальный докладчик выступил по теме расизма и здоровья на заседании Межправительственной рабочей группы по эффективному осуществлению Дурбанской декларации и Программы действий. Во время пребывания в Вашингтоне, округ Колумбия, он выступил на ежегодном съезде Американской ассоциации работников здравоохранения, совещании совета Отдела по вопросам здоровья, питания и народонаселения Всемирного банка, и учебных курсах по вопросам здоровья и прав человека, созданных организацией "Врачи за права человека", США. В рамках своего постоянного диалога с фармацевтическим сектором Специальный докладчик выступил на международном симпозиуме, посвященном праву на здоровье и роли фармацевтических корпораций, который провел Фонд Новartis для устойчивого развития. В Нью-Йорке он провел брифинг, организованный Управлением Верховного комиссара по правам человека и Комитетом НПО по правам человека совместно с Центром по вопросам здравоохранения и прав человека им. Франсуа-Ксавье Банью Гарвардской школы общественного здравоохранения. В декабре 2004 года Специальный докладчик представил письменное сообщение Национальному общественному слушанию по вопросу о праве на медико-санитарную помощь, организованному Национальной комиссией по правам человека Индии и движением за здоровье народа (Jan Swasthya Abhiyan).

#### **Отдельные сообщения**

5. В соответствии с практикой, принятой Комиссией по правам человека, информация о конкретных случаях, затронутых Специальным докладчиком в отчетный период, публикуется в добавлении (E/CN.4/2005/51/Add.1).

### **I. ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ**

6. Каждый четвертый человек страдает от психических заболеваний на каком-то этапе своей жизни. Кроме того, частотность таких расстройств постоянно увеличивается. В настоящее время примерно 450 млн. людей во всем мире страдают от психических или неврологических нарушений или испытывают психосоциальные проблемы. Очень немногие из них проходят лечение или получают помощь и поддержку, но и в этом случае нередко их явно недостаточно. На психические и поведенческие нарушения, по оценкам,

приходится 12% глобального бремени болезней, в то время как расходы на лечение психически больных людей в большинстве стран составляют менее 1% их общих расходов на здравоохранение. Лечение психических заболеваний и оказание вспомогательных услуг нередко не покрываются медицинским страхованием. Более 40% стран вообще не имеют какой-либо политики в области охраны психического здоровья, а более 30% не имеют программ в области охраны психического здоровья. Более 90% стран не имеют политики в области охраны психического здоровья, которая включала бы детей и подростков<sup>1</sup>.

7. Люди, страдающие умственной недостаточностью, относятся к категории наиболее заброшенных, наиболее "незаметных" групп нашего общества. В связи с таким невниманием к этой проблеме нет и оценок бремени умственной недостаточности, хотя, по имеющимся свидетельствам, можно предположить, что оно значительно. Умственная недостаточность может ложиться серьезным личным, экономическим и социальным бременем как на отдельных людей, так и на их семьи<sup>2</sup>.

8. Там, где существуют психиатрические службы и службы поддержки, получатели их услуг уязвимы перед нарушениями их прав человека. Это особенно справедливо в системах раздельного обслуживания и интернатах, таких, как психиатрические больницы, учреждения для умственно отсталых людей, дома для престарелых, учреждения социального обслуживания, детские дома и тюрьмы.

9. Специальный докладчик получает большое количество сообщений о долгосрочном, недопустимом помещении психически больных в психиатрические больницы и другие учреждения, где нарушаются их права человека и где они подвергаются жестокому обращению, включая изнасилования и сексуальные надругательства со стороны других больных или персонала, принудительную стерилизацию; приковывание наручниками к грязным кроватям на продолжительный период времени, а в некоторых случаях содержание в клетках; насилие и пытки; проведение лечения без предварительного согласия, прямое применение (т.е. без анестезии или миорелаксантов) электросудорожной терапии<sup>3</sup>, вопиющую антисанитарию и недоедание<sup>4</sup>. В прошлом году в одной из европейских стран в психиатрической больнице умерло 18 больных в результате недоедания и переохлаждения.

10. Хотя надругательства особенно широко распространены в крупных психиатрических больницах и других учреждениях стационарного типа, продолжает расти количество данных о нарушениях прав человека, от которых страдают люди с психическими расстройствами в амбулаторных учреждениях по месту жительства. По мере того, как

страны начинают переходить к системе ухода и поддержки на местах, количество нарушений будет неизбежно расти, если не принять необходимые меры.

11. Беспокоит также и большое количество людей с психическими расстройствами, а также высокий уровень самоубийств в тюрьмах. Во многих случаях лица с тяжелыми психическими заболеваниями, которые не совершили никакого преступления или совершили мелкие правонарушения, необоснованно отправляются в тюрьмы, а не в надлежащие психиатрические или профилактические учреждения. Условия содержания в тюрьмах, в частности перенаселенность камер, отсутствие возможности уединиться, принудительная изоляция и насилие, в целом усугубляют психические заболевания. Вместе с тем нередко отмечается очень ограниченный доступ даже к рудиментарным психиатрическим услугам и помощи<sup>5</sup>. Правовая практика в последнее время свидетельствует об уязвимости людей с психическими расстройствами, содержащихся под стражей, перед нарушениями целого ряда прав человека<sup>6</sup>.

12. Другие группы также уязвимы перед конкретными нарушениями. Например, женщины с психическими расстройствами особенно уязвимы перед принудительной стерилизацией и сексуальным насилием и перед нарушением их прав на сексуальное и репродуктивное здоровье<sup>7</sup>. Этнические и расовые меньшинства нередко сталкиваются с дискриминацией при доступе к психиатрической помощи и ее оказании. Нередко забывают о коренном населении, о чем свидетельствует отсутствие развитой системы психиатрической помощи, несмотря на острую необходимость, которая проявляется в росте самоубийств и большем количестве людей этой категории в закрытых психиатрических учреждениях.

13. Психические заболевания широко распространены во всех странах и могут иметь самые серьезные последствия для жизни отдельных людей и их семей. Помимо психотравмирующих ограничений стигматизация различных состояний нередко приводит к дискриминации в отношении таких больных, а это, в свою очередь, может обуславливать их маргинализацию. Именно взаимодействие личных и общественных ограничений приводит к инвалидности и часто лишает таких больных равных возможностей пользоваться широким рядом прав человека и основных свобод, включая право на образование, труд, признание правоспособности, право на частную жизнь, социальное обеспечение, достаточное жилище, достаточное питание и свободу. Когда такое клеймо инвалидности сопровождается дискриминацией по другим признакам, таким, как пол, раса и национальность, психически больные оказываются особенно уязвимыми перед нарушениями их прав человека.

14. Всемирная организация здравоохранения рекомендует, чтобы психиатрические услуги, включая вспомогательные услуги, оказывались амбулаторно и максимально интегрировались в общую систему здравоохранения, включая первичную медицинскую помощь в соответствии с важным принципом наименее ограничительных условий<sup>8</sup>. Однако во многих развивающихся странах психиатрическая помощь не оказывается в соответствии с этой моделью, а в основном сосредоточена в крупных психиатрических больницах при минимальной помощи и поддержке по месту жительства или при полном их отсутствии. Людям с психическими заболеваниями и их семьям приходится принимать трудные решения о прохождении лечения вдали от своих домов или общин, что тем самым лишает их права на жизнь и труд насколько это возможно в их общине. Во многих странах, включая развитые, отсутствие доступных амбулаторных услуг и социального жилья является причиной бездомности людей с психическими заболеваниями, что углубляет их маргинализацию.

15. С ростом знаний о психических заболеваниях и появлением новых моделей амбулаторной помощи по месту жительства и систем поддержки многие люди с психическими расстройствами, уделом которых когда-то было помещение в закрытые учреждения, доказали, что они могут жить полноценной и продуктивной жизнью в общине. Люди, которые когда-то считались неспособными принимать решения за себя, разрушили стереотипы, доказав, что они могут жить самостоятельно при обеспечении надлежащей правовой защиты и поддержки. Кроме того, многие люди, которые в силу поставленного им диагноза тяжелой психической болезни считались навечно или имманентно неполноценными, доказали, что возможно их полное излечение. Однако, несмотря на существенный прогресс, люди с психическими расстройствами по-прежнему остаются одной из наиболее обездоленных и уязвимых групп во всех странах.

16. Цель настоящей главы заключается в том, чтобы разъяснить понятие права на здоровье применительно к людям с психическими расстройствами. В ее основу положен целый ряд источников, включая правовую практику, международные договоры в области прав человека и специальные, не имеющие юридической силы международно-правовые документы, в частности такие, как недавно принятая Монреальская декларация о защите прав инвалидов вследствие умственной недостаточности. В своих последних докладах Специальный докладчик разработал общий подход к широким и сложным аспектам права на здоровье, чтобы облегчить их понимание. Такой подход позволяет взглянуть на проблемы права на здоровье через призму свобод, смежных прав, недискриминации и равенства, участия, международной помощи и сотрудничества, надзора и отчетности и т.д. В разделе I.A настоящего доклада такой подход используется применительно к инвалидности вследствие психического заболевания, а в разделе I.B отобраны три

конкретные проблемы инвалидности вследствие психического заболевания, которые разбираются более подробно.

17. В соответствии со своим мандатом Специальный докладчик заостряет внимание на здравоохранительных аспектах права на здоровье применительно к инвалидам по психическому заболеванию. Безусловно, что люди с психическими заболеваниями должны обладать всеми правами человека.

#### **1. Замечание по терминологии**

18. Обсуждение проблем психического здоровья и инвалидности вследствие психического заболевания осложняется таким фактором, как отсутствие согласия в отношении наиболее приемлемой терминологии. Психическое заболевание, психическое расстройство, психическая неполноценность, психиатрическое заболевание, инвалидность вследствие психического заболевания, психо-социальные проблемы, умственная недостаточность и ряд других определений - все эти термины используются с различными вторичными значениями и оттенками значений. Умственная недостаточность, которую раньше часто называли отставанием в умственном развитии или дефектом умственного развития, в настоящее время иногда называется неполноценностью развития. Кроме того, некоторые термины отражают очень важные и чувствительные обсуждения, такие, как обсуждение "медицинской модели" или "социальной модели" функциональной активности<sup>9</sup>.

19. Проведя широкие консультации, Специальный докладчик решил остановиться на общем термине "психическое заболевание". В настоящем докладе под всеобъемлющим термином "психическое заболевание" понимаются основные психические заболевания и психиатрические расстройства, например шизофрения и биполярное расстройство, а также менее тяжелые психические нарушения и расстройства, часто называемые психо-социальными проблемами, например неострые синдромы общей тревожности и умственная недостаточность, например ограничения, вызванные, в частности, синдромом Дауна и другими генетическими аномалиями, травмами мозга до, во время или после родов и недоеданием в раннем детстве. Под термином "недостаточность" понимается широкий ряд дефектов, ограничения активности и участия, как постоянные, так и временные<sup>10</sup>.

20. Соответственно, Специальный докладчик использует термин "психическое заболевание", когда речь идет о представляющих общий интерес смежных правах и свободах, связанных с правом на здоровье, а также о нарушениях, от которых нередко страдают люди со всеми видами психических расстройств. Однако он подчеркивает, что

этот термин охватывает широкий ряд совершенно разных состояний, и в частности два вида состояний - психиатрические заболевания и умственная недостаточность, которые коренным образом различаются по своим причинам и последствиям. Эти различия оказывают решающее влияние на то, как должно трактоваться и осуществляться право на здоровье, чтобы все люди с психическими заболеваниями обладали своими правами человека на основе равенства и недискриминации. В силу ограниченного объема доклада невозможно специально проанализировать все конкретные состояния через призму права на здоровье. Поэтому в разделе I.A делается попытка дать общее понимание инвалидности вследствие психического заболевания и права на здоровье, а в разделе I.B особое внимание уделяется, в частности, людям с умственной недостаточностью.

21. Настоящая глава также касается людей, у которых не поставлен диагноз психического заболевания, например граждан, у которых *якобы* обнаружено психическое заболевание и которые проходят соответствующий курс лечения, а также людей, не имеющих психических заболеваний, но которые содержатся в психиатрических больницах по политическим, культурным, социальным, экономическим или другим причинам.

22. Кроме того, право на психическое здоровье является не просто заботой людей с психическими расстройствами, а касается всего населения в целом. Психическое здоровье составляет главный элемент крепкого здоровья, и право на психическое здоровье представляет собой основной элемент права на здоровье для всех. В ряде ситуаций, в частности таких, как конфликты или другие гуманитарные катастрофы, особо тяжелое бремя ложится на психическое здоровье всего населения. Специальный докладчик предлагает уделить внимание аспектам психического здоровья во время конфликтов в следующем докладе, заострив внимание на праве на здоровье в условиях конфликта.

#### **A. РАЗРАБОТКА СТАНДАРТОВ И ОБЯЗАТЕЛЬСТВ**

23. Перед тем как рассматривать вопрос об инвалидности вследствие психического заболевания и праве на здоровье с точки зрения различных международных договоров в области прав человека, Специальный докладчик хотел бы внести разъяснения по некоторым специальным международным документам, не имеющим обязательной юридической силы, но имеющим принципиально важное значение для этой главы<sup>11</sup>.

**1. Некоторые международно-правовые документы, не имеющие обязательной юридической силы**

24. В принятых Генеральной Ассамблеей в 1991 году Принципах защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (Принципы защиты психически больных лиц) содержатся подробные минимальные стандарты, касающиеся прав лиц с психическими заболеваниями на психиатрическую помощь, а также прав других лиц, находящихся в психиатрических учреждениях. Все 25 принципов охватывают широкий круг обязательств, связанных со стандартами ухода и лечения, включая право на лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения, право на медикаменты, согласие на лечение, лечение несовершеннолетних и уголовных преступников, обзор случаев принудительной госпитализации, доступ к информации, подачу жалоб, надзор и средства правовой защиты и т.д. В Принципах излагается твердая и ясная позиция в отношении социальной интеграции в жизнь общества, признающая, в частности, право каждого психически больного на лечение и уход, насколько это возможно, в пределах общины, в которой он или она проживают<sup>12</sup>. Если в одних принципах признаются основные права и стандарты, то другие носят спорный характер и не обеспечивают надлежащих мер защиты, в частности, когда речь идет об осознанном согласии. (Специальный докладчик возвращается к этой проблеме в разделе I B.)

25. В принятых Генеральной Ассамблеей в 1993 году Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов (Стандартные правила) содержится широкий ряд обязательств по обеспечению равных возможностей для инвалидов во всех областях. В 22 подробных правилах устанавливаются основные принципы ответственности, деятельности и сотрудничества, в том числе применительно к здравоохранению, реабилитации, вспомогательным услугам, повышению уровня осведомленности, образованию, занятости, семейной жизни, формированию политики и законодательству. Важно и то, что в них особый упор делается на право инвалидов на участие, а также важной роли, которую играют представляющие их интересы организации<sup>13</sup>.

26. В октябре 2004 года представители государств, международных организаций и гражданского общества, включая лиц с умственными недостатками и их семьи, приняли Монреальскую декларацию о защите прав инвалидов вследствие умственной недостаточности на Международной конференции, организованной Панамериканской организацией здравоохранения (ПАОЗ) и ВОЗ. Короче говоря, в Декларации признаются права человека психически больных, включая право на здоровье, и связь между этим правом и другими правами.

27. Был принят целый ряд других важных документов, включая Всемирную программу действий в отношении инвалидов, принятую Генеральной Ассамблеей в 1982 году, Каракасскую декларацию (1990 год) ПАОЗ, Рекомендацию 1235 (1994 год) Совета Европы о психиатрии и правах человека и его Рекомендацию (2004 год) 10 о защите прав человека и достоинства инвалидов по психическому заболеванию (2004 год)<sup>14</sup>.

28. В основе этих обязательств лежит целый ряд взаимосвязанных правозащитных принципов, от которых зависит реализация всех прав человека инвалидов по психическому заболеванию, включая недискриминацию и равенство, участие, самообслуживание и доступ к процедурным гарантиям, механизмам отчетности и средствам правовой защиты.

29. Хотя элементы этих документов являются полезными и подробно описаны, некоторых из них не достаточно, и они нуждаются в пересмотре, впрочем как и некоторые положения Принципов защиты психически больных лиц. Кроме того, эти документы не имеют обязательной юридической силы для государств. Вместе с тем осуществление императивных обязательств в области прав человека государствами применительно к психическому здоровью не получило должного внимания. Согласно последнему докладу Генерального секретаря, желательно провести более подробный анализ осуществления обязательств государств по соблюдению прав человека в контексте психиатрических учреждений<sup>15</sup>.

30. Многие положения, содержащиеся в Принципах защиты психически больных лиц, Стандартных правилах, Монреальской декларации и в других обязательствах, связанных с психическими расстройствами, имеют прямое отношение к праву на здоровье. Здравый смысл говорит, что в соответствующих случаях эти специальные документы необходимо использовать в качестве пояснительного руководства применительно к договорному праву на здоровье. Это зрелый взгляд, которого придерживается Комитет по экономическим, социальным и культурным правам<sup>16</sup>. Аналогичным образом ряд концептуальных основ и других представлений, вытекающих из договорного права на здоровье, обеспечивает полезное руководство в отношении не имеющих обязательной юридической силы международных документов, связанных с психическими заболеваниями. При надлежащем понимании универсальные международные договоры в области прав человека и специализированные международные документы, касающиеся психических заболеваний, дополняют друг друга, что и стремится проиллюстрировать автор в оставшейся части этой главы.

## **2. Инвалидность и право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья**

31. В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) признается право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и *психического* здоровья. Хотя в МПЭСКП прямо не говорится, что инвалидность не может служить основанием для дискриминации, замечания общего порядка, принятые Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам, отражают мнение, согласно которому в Пакте запрещается дискриминация по этому признаку<sup>17</sup>. Другие международные договоры, такие, как Конвенция о правах ребенка, региональные договоры, а также конституции и национальное законодательство, закрепляют право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и прямо запрещают дискриминацию по признаку инвалидности.

32. Право на здоровье отнюдь не означает право быть здоровым. Это право на пользование учреждениями, товарами, услугами и условиями, которые способствуют реализации наивысшего достижимого уровня физического и психического здоровья. Государствам следует обеспечивать наличие учреждений, товаров, услуг и создавать благоприятные условия психически больным, чтобы они могли достигать наивысшего достижимого уровня здоровья. Кроме обеспечения учреждений товарами, услугами и создания соответствующих условий право на здоровье включает также определенные свободы.

## **3. Постепенная реализация и ограниченность ресурсов**

33. Международное право на физическое и психическое здоровье реализуется постепенно и зависит от наличия необходимых ресурсов<sup>18</sup>. Это замечание имеет ряд важных последствий. Проще говоря, предполагается, что все государства в течение пяти лет должны приложить больше усилий по сравнению с усилиями, которые они прилагают в настоящее время (постепенная реализация). При этом от развитого государства по закону требуется более высокий уровень, чем уровень, который требуется по закону от наименее развитой страны (ограниченность ресурсов).

34. Следует подчеркнуть, однако, что международное право на здоровье также накладывает определенные безотлагательные обязательства. Например, оно охватывает право быть свободным от принудительного медицинского лечения. Пользование этой свободой не зависит ни от последовательной реализации, ни от наличия ресурсов. Аналогично требованию о недопущении дискриминации это требование должно незамедлительно выполняться.

35. Хотя многие элементы права на физическое и психическое здоровье могут реализовываться постепенно и зависят от наличия ресурсов, странам необходимо приложить еще немало усилий для реализации этого права даже при наличии очень ограниченных ресурсов. Например, даже в тех случаях, когда страна имеет очень немного ресурсов, она может, в частности, включить диагностику, уход за психически больными лицами и лечение психических заболеваний в учебную программу всего медицинского персонала, организовать общественные кампании по борьбе против стигматизации и дискриминации в отношении лиц с психическими расстройствами, поддержать создание организаций гражданского общества, которые представляют лиц, прибегающих к помощи психиатров, и их семьи, разработать современные стратегии и программы в области психиатрии, уменьшить размеры психиатрических больниц и в максимально возможной степени расширять оказание психиатрической помощи по месту жительства; в отношении лиц, страдающих психическими заболеваниями, энергично добиваться помощи и сотрудничества от доноров и международных организаций и т.д.<sup>19</sup>

36. В этой главе приводятся многие примеры действий государств, как развивающихся, так и развитых, которые они могут предпринять в отношении лиц с психическими расстройствами и реализации права на здоровье. Однако в первую очередь в ней описывается подход, основанный на анализе и понимании инвалидности вследствие психического заболевания через призму права на здоровье.

37. В настоящей главе невозможно дать подробный анализ концепций последовательной реализации и наличия ресурсов. Например, государство обязано максимально использовать имеющиеся у него ресурсы для реализации права на здоровье. При этом постепенная реализация должна подкрепляться *показателями* и *ориентирами* для определения прогресса в области психиатрии и права на здоровье. Анализ этих и других аспектов концепций обеспеченности ресурсами и постепенной реализации следует провести в другой раз<sup>20</sup>.

#### **4. Свободы**

38. Право на здоровье охватывает не только смежные права, но и свободы, включая свободу от дискриминации. Свободы, имеющие особое значение для опыта отдельных лиц, особенно женщин, страдающих от психических расстройств, включает право контролировать свое здоровье и тело. Принудительная стерилизация, изнасилования и другие формы сексуального насилия, перед которыми уязвимы женщины с психическими заболеваниями, органически не совместимы с их правами на сексуальное и репродуктивное здоровье и свободами. Специальный докладчик отмечает, что

изнасилования и другие формы сексуального насилия наносят психические и физические травмы и отрицательно сказываются на их психическом здоровье.

39. Ряд международных документов в области прав человека предусматривает исключительные обстоятельства, в которых лица с психическими расстройствами могут быть принудительно помещены в больницу или другие специализированные учреждения<sup>21</sup>. Очевидно, что такое недобровольное содержание является крайне серьезным нарушением свободы лиц с психическими заболеваниями, особенно их права на свободу и безопасность. В силу его тяжкого характера международное и национальное право прав человека устанавливает многочисленные процессуальные гарантии в отношении недобровольной госпитализации. Кроме того, эти гарантии являются источником обширной правовой практики, главным образом в региональных комиссиях и судах по правам человека<sup>22</sup>.

40. В связи с ограниченным объемом доклада Специальный докладчик не будет анализировать эти процедурные гарантии, но хотел бы подчеркнуть, что во многих странах эти гарантии защиты не соблюдаются. Так, в ряде стран психически больные содержатся без их согласия в учреждениях, не имеющих квалифицированных психиатров, или в других не подходящих для этого учреждениях<sup>23</sup>. Кроме того, они нередко не имеют доступа к судам или трибуналам, чтобы оспорить их принудительную госпитализацию.

41. Очень важно, что на элементы свободы в праве на здоровье, о котором говорилось в этих пунктах, не распространяются ни постепенная реализация, ни наличие ресурсов. Нередко принудительная госпитализация лиц с психическими заболеваниями влечет за собой не только лишение свободы, но также связана с лечением без их осознанного согласия. (Этот вопрос рассматривается в пунктах 87-90 ниже.)

## **5. Смежные права**

42. Право на здоровье включает смежное право на защиту здоровья, в том числе медицинскую помощь и основные составляющие здоровья, что обеспечивает равные возможности для всех людей при реализации наивысшего достижимого уровня здоровья. Принципиально важно, что помощь и вспомогательные услуги, а также медицинский уход играют важную роль в сохранении здоровья и в уважении достоинства лиц с психическими заболеваниями<sup>24</sup>.

43. Государствам следует принять меры для обеспечения полного ряда психиатрических и вспомогательных услуг, способствующих укреплению здоровья, уважению достоинства и социальной интеграции, включая обеспечение медикаментами, психотерапию,

амбулаторную помощь, стационарное лечение при госпитализации больных с острыми психическими нарушениями, дома-интернаты, реабилитацию психически больных, программы, направленные на обеспечение самообслуживания и развития навыков у лиц с психическими заболеваниями, помощь в обеспечении жильем и работой, доступное и надлежащее образование для детей с умственными недостатками и обеспечение возможности для отдыха семьям, ухаживающим за лицами с психическими заболеваниями в течение 24 часов в сутки. Таким образом можно избежать их необоснованного помещения в психиатрические учреждения.

44. Активизация усилий по обеспечению равных возможностей для реализации права на здоровье потребует подготовки необходимого количества специалистов, включая психиатров, клинических психологов, психиатрических сестер, психиатрических социальных работников, специалистов по трудотерапии, логопедов, специалистов по поведенческой терапии, а также обслуживающий персонал для обеспечения ухода и полной интеграции лиц с психическими расстройствами в жизнь общества. Врачи общей практики и другие поставщики первичной медицинской помощи должны получать основные профессиональные знания о психиатрической помощи и инвалидности, чтобы оказывать срочную психиатрическую и терапевтическую помощь лицам с психическими заболеваниями.

45. Аналогично смежному праву на медицинскую помощь право на здоровье включает элемент смежного права на основополагающие предпосылки здоровья, такие, как доступ к адекватным санитарным условиям и безопасной питьевой воде, пища и жилище<sup>25</sup>. Лица с психическими заболеваниями особенно часто страдают от нищеты, которая обычно сопровождается лишением этих смежных прав. Кроме того, условия пребывания в психиатрических больницах, а также в других учреждениях, в которых находятся психически больные, нередко абсолютно не отвечают необходимым нормам.

## **6. Наличие, доступность, приемлемость и высокое качество**

46. Аналитические основы или инструменты могут углубить наше понимание экономических, социальных и культурных прав, в том числе и права на здоровье. Одна из концепций в области права на здоровье, которая является особенно полезной для принятия политических решений, заключается в том, что медицинские услуги, товары и учреждения, включая основополагающие предпосылки здоровья, должны иметься в наличии, быть доступными, приемлемыми и высокого качества<sup>26</sup>. Подобная аналитическая основа распространяется на психиатрическую и терапевтическую помощь, а также на вспомогательные услуги. Каждый компонент тесно взаимосвязан с международными психиатрическими нормами;

- a) необходимо обеспечить *наличие* достаточного количества медицинских учреждений, товаров и услуг на всей территории государства. К ним относится достаточное количество психиатрических учреждений и вспомогательных услуг и необходимое количество медицинского и другого персонала, подготовленного для оказания этих услуг. Для некоторых категорий психически больных с определенными психическими нарушениями также необходимо обеспечить достаточное снабжение основными лекарствами, включая основные психотропные средства, перечисленные в перечне ВОЗ основных лекарственных средств<sup>27</sup>;
- b) *доступность* имеет четыре аспекта. Во-первых, медицинские учреждения, товары и услуги, включая вспомогательные услуги, должны быть физически и географически доступными; говоря другими словами, находиться в безопасной физической и географической досягаемости для лиц с психическими заболеваниями. Это имеет особо важное значение для ухода на местах. Во-вторых, медицинские учреждения, товары и услуги, включая психотропные лекарственные средства, должны быть экономически доступными (т.е. доступными с точки зрения расходов) для больных. Психиатрическая помощь, уход и вспомогательные услуги нередко не только не субсидируются государством, но и не покрываются медицинским страхованием, а это означает, что они могут быть слишком дорогими для большинства людей, которые в них нуждаются. В-третьих, психиатрическая и медицинская помощь должна быть доступной без всякой дискриминации по любому из запрещенных признаков. Возможно, государствам потребуется принять позитивные действия, чтобы обеспечить равный доступ для всех людей и групп, в частности таких, как этнические и расовые меньшинства, нуждающиеся в помощи и поддержке. Государствам следует обеспечить предоставление инвалидам того же уровня медицинского обслуживания в рамках той же системы, что и другим членам общества, и отсутствие дискриминации на почве предположений в отношении качества их жизни и потенциала<sup>28</sup>. Четвертый аспект касается доступа к информации. Это смежное право нередко нарушается в отношении психически больных из-за ошибочного представления о том, что они неспособны принимать или участвовать в принятии каких-либо решений относительно своего собственного лечения или ухода. Информация по медицинским (и другим) вопросам, включая диагноз и лечение, должна быть доступной для психически больных и для родителей детей с психическими расстройствами<sup>29</sup>;

- c) медицинские учреждения, товары и услуги должны соответствовать *культурным особенностям* и нормам медицинской этики. Например, психиатрическая помощь и вспомогательные услуги для коренных народов должны оказываться с учетом их культурных особенностей и традиций. Согласно принципам оказания психиатрической помощи "каждый пациент имеет право на лечение, соответствующее его культурным особенностям"<sup>30</sup>. Они также "имеют право на такую медицинскую и социальную помощь, которая необходима для [их] здоровья"<sup>31</sup>. Кроме того, уход и лечение за каждым пациентом должны основываться на индивидуально разработанном плане, который обсуждается с пациентом по мере необходимости, регулярно пересматривается, изменяется и обеспечивается квалифицированным медицинским персоналом"<sup>32</sup>. В некоторых случаях, например тяжелой умственной недостаточности, в этом обсуждении участвуют опекуны такого лица;
- d) медицинские учреждения, товары и услуги должны быть *высокого качества*, т.е. должны быть обоснованы с научной и медицинской точек зрения. Это, в частности, требует квалифицированного медицинского и другого персонала, научно обоснованных психосоциальных мер, официально утвержденных и непросроченных лекарств, необходимого больничного оборудования, безопасной питьевой воды и необходимой санитарии. В контексте психических расстройств это означает, что, например, медицинский персонал должен иметь адекватную психиатрическую подготовку, а в психиатрических больницах и других вспомогательных учреждениях должны создаваться адекватные санитарные условия.

## **7. Уважение, защита и осуществление**

47. Другая полезная аналитическая основа заключается в том, что государства имеют конкретные обязательства в соответствии с международным правом, в частности обязательство уважать, защищать и осуществлять право на здоровье. Хотя основа, упомянутая в общих чертах в предыдущих пунктах (наличие и т.д.), особенно полезна в контексте формулирования политики, обязательства уважать, защищать и осуществлять особенно полезны для углубления правового анализа права на здоровье, в том числе в отношении психически больных<sup>33</sup>.

48. Обязательство *уважать* это право требует от государства воздерживаться от непредоставления или ограничения равного доступа лицам с психическими заболеваниями к медицинским услугам, а также к основным факторам, определяющим

здоровье. Они также должны следить за тем, чтобы лица с психическими заболеваниями в социальных учреждениях не были лишены доступа к медицинской помощи и соответствующим вспомогательным услугам или к основным факторам, определяющим здоровье, включая водоснабжение и санитарии<sup>34</sup>.

49. Обязательство *защищать* это право означает, что государства должны принимать меры, для того чтобы третьи стороны не нарушали права на здоровье лиц с психическими заболеваниями. Например, государствам следует принимать меры для защиты психически больных, особенно женщин, подростков и других наиболее уязвимых групп, от насилия и других, нарушающих право на здоровье злоупотреблений, имеющих место в частных медицинских учреждениях или при оказании вспомогательных услуг.

50. Обязательство *осуществлять* это право требует от государств признавать право на здоровье, включая право на здоровье лиц с психическими заболеваниями, в национальной политической и правовой системах в целях обеспечения его осуществления.

Государствам необходимо принять соответствующие правовые, административные, бюджетные, судебные, пропагандистские и другие меры в этих целях<sup>35</sup>. Например, государствам следует обеспечить, чтобы право граждан на наивысший достижимый уровень психического здоровья и право на здоровье психически больных было надлежащим образом отражено в их национальных стратегиях здравоохранения и планах действий, а также в соответствующих программных документах, таких как национальные стратегии сокращения масштабов нищеты, и в национальном бюджете<sup>36</sup>. Специальный докладчик отмечает, что важно принять законы, защищающие психическое здоровье, стратегии, программы и проекты, которые: закрепляют права человека и расширяют возможности психически больных делать выбор, касающийся их жизни; обеспечивают средства правовой защиты при создании (и доступе) эффективных психиатрических учреждений, а также уходе и оказании вспомогательных услуг; создают надежные процессуальные механизмы защиты психически больных; обеспечивают социальную интеграцию лиц с психическими расстройствами в жизнь общества; и улучшают стандарты психического здоровья в обществе<sup>37</sup>. Хартии прав пациентов должны охватывать права человека психически больных. Государствам также следует обеспечивать, чтобы лицам с психическими заболеваниями, их опекунам, а также другим лицам, которые могут быть помещены в психиатрическую больницу, предоставлялся доступ к информации об их правах человека.

## **8. Недискриминация и равенство**

51. Международное право прав человека запрещает дискриминацию в доступе к медицинской помощи и основным факторам, определяющим здоровье, а также к

средствам их обеспечения, в частности по признаку физических и психических недостатков и состояния здоровья<sup>38</sup>.

52. Осуществлению права на здоровье лиц с психическими заболеваниями по-прежнему мешают различные формы стигматизации и дискриминации. Например, такие больные нередко сталкиваются с дискриминацией в доступе к общей медицинской помощи или со стигматизацией при оказании таких услуг, что может отрицательно повлиять прежде всего на их попытки получить соответствующую помощь. Стигматизация и дискриминация со стороны окружающих в школах и на производстве также может мешать таким людям обращаться за социальной поддержкой, диагностикой и лечением.

53. Хотя в большинстве семей внимательно ухаживают и поддерживают лиц с психическими заболеваниями, в ряде случаев стигматизация может обусловить необоснованное помещение психически больных в психиатрические больницы против их воли, в том числе в учреждения, в которых не обеспечиваются необходимые условия для лечения и ухода и где им грозит унижение достоинства и нарушение других прав человека.

54. Решения об изоляции или сегрегации лиц с психическими нарушениями, в частности путем необоснованного помещения в психиатрические учреждения, являются по своей сути дискриминационными и противоречат праву на социальную интеграцию в жизнь общества, закрепленному в международных нормах<sup>39</sup>. Сегрегация и изоляция в свою очередь могут также усилить стигматизацию, сопряженную с психическими заболеваниями. Специальный докладчик вернется к вопросу об уходе по месту жительства в разделе I.B.

55. Нередко такие решения принимаются из-за отсутствия точной информации о психической болезни и дефицита вспомогательных услуг. Распространение информации об инвалидности вследствие психического заболевания и о правах человека инвалидов является важным стратегическим направлением борьбы со стигматизацией и дискриминацией. Государства обязаны обеспечивать просвещение и доступ к информации, касающейся основных проблем здравоохранения в обществе<sup>40</sup>. Подготовка работников здравоохранения в области прав человека и инвалидности, а также персонала смежных отраслей, также играет важнейшую роль в обеспечении равного доступа к медицинской помощи и уходу, а также в уважении прав человека и достоинства лиц с психическими нарушениями при их оказании.

56. В соответствии с международным правом прав человека государства обязаны не только запрещать дискриминацию, но и создавать равные возможности для реализации

права на здоровье для лиц с психическими заболеваниями. Например, кроме смежного права на такой же уровень медицинского обслуживания, как и для других членов общества у лиц с психическими заболеваниями, право на здоровье сопряжено с реализацией смежных прав на доступ и пользование теми же медико-социальными услугами, которые укрепляют их независимость и возможности самостоятельного существования, препятствуют возникновению новых расстройств и обеспечивают их социальную интеграцию<sup>41</sup>.

57. Все это может потребовать специальных мер в интересах конкретных групп. Так, государствам следует следить за тем, чтобы подростки с психическими расстройствами или социально-психическими проблемами получали доступ к необходимым услугам, отвечающим их потребностям<sup>42</sup>. Комитет по правам ребенка подчеркнул, что необходимо обратить пристальное внимание, в частности, на особые потребности, связанные с сексуальной сферой подростков-инвалидов<sup>43</sup>.

58. Недостаточное выделение ресурсов может привести к неизбежной дискриминации<sup>44</sup>. Чрезвычайно важно, что небольшие бюджетные ассигнования, которые большинство стран выделяют на психиатрию, являются серьезным препятствием для людей с психическими заболеваниями в реализации их права на здоровье на основе равных возможностей.

## **9. Участие**

59. В соответствии с международным правом прав человека граждане имеют право на участие в принятии решений в области здравоохранения на местном, национальном и международном уровнях<sup>45</sup>. Право лиц с психическими заболеваниями на участие в принятии решений, которые затрагивают их здоровье и развитие, а также касаются любого аспекта оказания помощи, является неотъемлемой частью права на здоровье, что подтверждается в стандартных правилах и Монреальской декларации<sup>46</sup>. Некоторые психические больные сталкиваются с трудностями при принятии решений или формулировании своих предпочтений, и этом случае им требуется необходимая помощь.

60. Важно, чтобы лица с психическими заболеваниями и представляющие их интересы организации участвовали на всех этапах разработки, осуществления и мониторинга законодательства, стратегий, программ и услуг в области психического здоровья и социальной поддержки, а также разработки более широких стратегий и программ, включая стратегии сокращения масштабов нищеты, имеющих к ним отношение. Государствам следует твердо добиваться их вклада. Поскольку члены семей обеспечивают уход и поддержку, они также могут существенно стимулировать

законодательные и политические процессы, а также решения, касающиеся помощи и ухода. Обеспечение участия психически больных, их семей и представляющих их интересы организаций в процессе принятия решений, а также учет их интересов в разработке и реализации всех соответствующих инициатив способствуют удовлетворению потребностей лиц с психическими заболеваниями.

61. Хотя в Стандартных правилах и Монреальской декларации признается, что чрезвычайно важно привлекать к участию в этих процессах представительные организации, такие, как группы взаимопомощи и самозащиты, сеть организаций по защите прав психически больных недостаточно хорошо развита во многих частях мира<sup>47</sup>. Чтобы гарантировать выполнение этих международно-правовых документов, государствам следует оказывать поддержку развитию и укреплению групп самозащиты психически больных. В последних документах Всемирной организации здравоохранения приводятся полезные рекомендации министерствам здравоохранения в этой области<sup>48</sup>.

## **10. Международная помощь и сотрудничество**

62. Кроме обязательств на национальном уровне на государствах лежит ответственность, вытекающая, в частности, из статьи 2 (1) МПЭСКП и статьи 4 КПР, за принятие мер, обеспечивающих международную помощь и сотрудничество в реализации экономических, социальных и культурных прав, включая право на здоровье. Эта ответственность, которая в первую очередь возлагается на развитые государства, также вытекает из контекста обязательств, принятых на последних всемирных конференциях, включая результаты Саммита тысячелетия и Цели 8 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, которые Специальный докладчик рассматривает в своем втором докладе Генеральной Ассамблее<sup>49</sup>.

63. Государства должны уважать право на здоровье других стран, обеспечивать, чтобы их действия в качестве членов международных организаций должным образом учитывали право на здоровье, а также уделять особое внимание помощи другим государствам в обеспечении минимального основного уровня здравоохранения.

64. Психиатрическая помощь и вспомогательные услуги не являются приоритетным направлением в области здравоохранения для доноров. В случаях, когда доноры предоставляют финансовую помощь, она иногда направляется на ненужные программы, такие, как восстановление поврежденных зданий психиатрических учреждений, которые были построены многие годы тому назад на основе концепций инвалидности вследствие психического заболевания, которые в настоящее время поставлены под сомнение. Путем финансирования восстановления таких объектов донор неумышленно продлевает

применение совершенно неприемлемых подходов к инвалидности вследствие психического заболевания. Донорам не следует финансировать программу, в результате которой психиатрическое учреждение создается в изолированной местности, что не позволяет пациентам сохранять или развивать свои связи с общиной<sup>50</sup>. Если донор желает помочь детям с умственными недостатками, то он, возможно, пожелает финансировать службы поддержки на местах для детей и их родителей, чтобы дети могли находиться дома, а не финансировать новые услуги в изолированных учреждениях, которые родители могут посещать лишь раз в месяц, если вообще они могут их посещать<sup>51</sup>.

65. Специальный докладчик призывает доноров рассмотреть возможность оказания более значительной и более качественной помощи в области психиатрии. В соответствии со своей ответственностью за оказание международной помощи и развитие сотрудничества донорам следует поддерживать целый ряд таких мер, как содействие развитию соответствующей сети помощи и вспомогательных услуг на местах; поддерживать систему самой помощи лицам с психическими заболеваниями, их семьям и представляющим их интересы организациям и предоставлять практические и технические знания. Донорам следует обеспечить, чтобы все их программы способствовали равенству и недискриминации лиц с психическими заболеваниями. Некоторые учреждения уже уделяют внимание этим проблемам<sup>52</sup>. Так, Агентство международного развития Соединенных Штатов Америки требует от всех заявителей, испрашивающих финансирование, обосновывать, насколько их программы будут доступны для инвалидов<sup>53</sup>.

66. Другой аспект международной помощи и сотрудничества касается роли, которую играют международные учреждения в предоставлении технической помощи. В связи с этим Специальный докладчик заявляет о своей полной поддержке образцовой технической помощи, которую оказывают такие организации, как ВОЗ и ПАОЗ, а также публикации целого ряда превосходных руководств и наставлений по законодательству и формулированию политики, включая правозащитные аспекты<sup>54</sup>.

## **11. Надзор и отчетность**

67. Права человека расширяют возможности отдельных граждан и общин, предоставляя им смежные права и налагая юридические обязательства на другие стороны. Очень важно, что осуществление прав и обязательств требует отчетности; без системы отчетности они могут превратиться в пустой звук. Соответственно, в правозащитном подходе или подходе, основанном на праве на здоровье, делается упор на обязанностях и требуется, чтобы все носители обязанностей отвечали за свои действия. Это относится и к правам человека лиц с психическими заболеваниями. Из-за особой уязвимости

некоторых лиц с психическими заболеваниями очень важно располагать эффективными, прозрачными и доступными механизмами надзора и отчетности<sup>55</sup>.

68. В качестве одного из наиболее срочных шагов, которые необходимо сделать государствам, чтобы содействовать реализации права на здоровье лиц с психическими заболеваниями и других людей, которые могут содержаться в психиатрических больницах, является усиление надзора и отчетности на национальном и международном уровнях.

69. **На национальном уровне.** Во многих странах нет надежной и независимой системы надзора за психиатрией. Зачастую нарушения права на здоровье и других прав человека совершаются незаметно. Речь идет не только о нарушениях в крупных психиатрических больницах, но и о нарушениях на местах. В принципах защиты психически больных особо отмечается, что: "государства обеспечивают наличие соответствующих механизмов для содействия соблюдению настоящих принципов в целях инспектирования психиатрических учреждений, для представления, расследования и разрешения жалоб, а также для возбуждения соответствующих дисциплинарных или судебных разбирательств в связи с нарушением служебных обязанностей или прав пациента"<sup>56</sup>.

70. Отсутствие надзора создает особо тяжелые проблемы, поскольку лица с психическими заболеваниями, как находящиеся в психиатрических учреждениях, так и живущие в общине, зачастую не могут получить доступ к независимым и эффективным механизмам отчетности, когда нарушаются их права человека. Это может происходить по различным причинам, в том числе когда их тяжелое состояние мешает им самостоятельно отстаивать свои интересы с помощью правовых процедур, когда отсутствуют эффективные процессуальные гарантии, такие, как право лиц, считающихся недееспособными, на личного представителя, когда отсутствует доступ к юридической помощи и когда имеет место неосведомленность о своих правах человека и других смежных прав. В ряде случаев прежде всего не хватает независимого механизма отчетности.

71. Кроме принципиально важного значения эффективных надзорных механизмов Специальный докладчик обращает особое внимание на очень важную роль процедур отчетности и средств правовой защиты в отношении психически больных, включая доступ к помощи и вспомогательным услугам, дискриминацию и участие. Независимый надзорный орган должен стать доступным для лиц с психическими нарушениями и других соответствующих лиц, периодически рассматривать случаи принудительной госпитализации и лечения<sup>57</sup>. Очень важно, чтобы независимый надзорный орган обладал

полномочиями отменять недобровольное помещение в психиатрические учреждения, если он обнаруживает, что продолжительное содержание в психиатрических учреждениях нецелесообразно или излишне. Лица с психическими заболеваниями должны иметь процессуальные гарантии, изложенные в Принципах защиты психически больных и в других документах<sup>58</sup>. Надзорный орган должен обладать всеми полномочиями для рассмотрения случаев, когда в просьбах о госпитализации было отказано.

72. Специальный докладчик настоятельно призывает государства незамедлительно рассмотреть вопрос о создании независимого правозащитного органа, если таковой еще не создан, наделив его мандатом, который охватывает поощрение и защиту прав человека лиц с психическими заболеваниями. Такой орган должен обладать широкими полномочиями для проведения расследований, опросов общественности, а также рассмотрения жалоб. При надлежащем финансировании он должен соблюдать Парижские принципы и представлять парламенту ежегодные доклады. В соответствующих случаях государство, возможно, пожелает обратиться к программе технического сотрудничества УВКПЧ с просьбой об оказании помощи в создании такого органа.

73. **На национальном уровне:** Безусловно, существует целый ряд подробных международных стандартов, касающихся прав человека лиц с психическими заболеваниями. Однако значительную проблему по-прежнему представляет их недостаточное осуществление. При всем большом значении идентификации международных стандартов главная цель по-прежнему заключается в том, чтобы обеспечить их эффективное осуществление. Хотя международный надзор за выполнением Стандартных правил возлагается на Специального докладчика Комиссии социального развития по надзору и осуществлению Стандартных правил, в Принципах защиты психически больных не устанавливается механизм надзора или отчетности.

74. Однако положения международных договоров в области прав человека, включая МПЭСКР, КПР, КЛДЖ и КЛРТ и МПДПР, распространяются на защиту лиц с психическими заболеваниями. Специальный докладчик призывает государства обратить больше внимания на право на здоровье лиц с психическими заболеваниями в своих докладах государств-членов. В свою очередь договорным органам по правам человека рекомендуется уделять больше внимания этим вопросам в дискуссиях с государствами-членами, заключительных замечаниях и замечаниях общего порядка или рекомендациях. Соответствующим организациям гражданского общества, включая представителей психически больных, также рекомендуется взаимодействовать с договорными органами и специальными процедурами Комиссии по правам человека.

75. В 2001 году Генеральная Ассамблея приняла резолюцию, в которой она постановила учредить специальный комитет для рассмотрения предложений относительно всеобъемлющей и единой международной конвенции о поощрении и защите прав и достоинства инвалидов. Специальный докладчик горячо приветствует это решение, а также активное участие организаций лиц с психическими заболеваниями в этом процессе. Он подчеркивает большое значение того, чтобы конвенция укрепляла, а не размывала действующие стандарты, связанные с правом на здоровье лиц с психическими заболеваниями, и чтобы она предусматривала надежные процедуры надзора и отчетности<sup>59</sup>.

## **В. ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

76. Если в разделе I.A в общих чертах инвалидность в связи с психическим заболеванием рассматривалась через призму права на здоровье, то в разделе I.B анализируются три конкретные проблемы инвалидности вследствие психического заболевания: умственная недостаточность, согласие на лечение и право на социальную интеграцию в жизнь общества. Безусловно, существуют многие другие конкретные проблемы инвалидности вследствие психического заболевания, которые требуют пристального изучения. С другой стороны, эти три отдельных вопроса заслуживают более глубокого анализа, чем анализ, осуществляемый в настоящем документе. В приводящихся ниже пунктах преследуется очень скромная цель - коротко осветить три важных вопроса с точки зрения инвалидности вследствие психического заболевания и права на здоровье.

### **1. Инвалидность вследствие психического заболевания**

77. Многие годы правозащитники в целом не уделяли особого внимания инвалидам. В рамках этой группы лицам с психическими заболеваниями часто вообще не уделялось какого-либо внимания. Среди психически больных самыми заброшенными были люди с умственной недостаточностью<sup>60</sup>. Говоря другими словами, в течение многих лет лица с умственной недостаточностью находились на самой периферии. Однако несколько лет тому назад был достигнут определенный прогресс в исправлении этого недопустимого положения. Тем не менее в ходе подготовки настоящего доклада у Специального докладчика сложилось впечатление, что лица с умственной недостаточностью по-прежнему относятся к наиболее заброшенной категории, т.е. к самой "незаметной" группе членов нашего общества. Дефицит внимания к ним отражается в обществе в целом, среди работников здравоохранения и правозащитников.

78. Умственная недостаточность означает ограниченное или неполное развитие мозга, характеризующее нарушениями навыков и общего умственного развития в таких областях, как познавательные, речевые, моторные и социальные способности<sup>61</sup>. Короче говоря, характерной чертой этого нарушения является пониженный уровень умственной активности<sup>62</sup>. Лица с умственными нарушениями отличаются друг от друга во многих отношениях с точки зрения понимания, общения, забот не комфортного состояния и активности, а это делает общие рецепты особенно опасными. Умственная недостаточность отличается от психического расстройства по причинам, последствиям и потребностям. Неверно было бы квалифицировать умственную недостаточность как болезнь, поэтому Специальный докладчик видит свою задачу в том, чтобы установить связь между лицами с умственной недостаточностью и их правом на здоровье.

79. При всех своих различиях лица с любыми психическими нарушениями, будь то умственные или психические, уязвимы перед многими аналогичными нарушениями прав человека из-за различных возможностей защищать свои собственные интересы без посторонней помощи, причем лица с умственной недостаточностью нередко относятся к особо уязвимым категориям. Они могут также быть уязвимыми в различных условиях. Например, умственная недостаточность используется в качестве основания для лишения доступа к медицинским операциям, в частности, таким, как трансплантация органов и реанимация новорожденных<sup>63</sup>. Подобная аргументация имманентно является дискриминационной, что имеет далеко идущие последствия для прав на здоровье и жизнь. Нередки злоупотребления с опекуном в медицинском и других контекстах, включая такие экстремальные формы, как помещение лиц с умственной недостаточностью в психиатрические учреждения<sup>64</sup>. Это не только недопустимо с медицинской и социальной точек зрения, но и противоречит праву лиц с умственной недостаточностью на здоровье, самостоятельность, участие, недискриминацию и социальную интеграцию.

80. Лица с умственной недостаточностью, особенно дети, находятся в уязвимом положении перед целым рядом последствий для их здоровья, непосредственно связанным с их состоянием. В некоторых случаях у них может отсутствовать способность к проявлению здоровых поведенческих реакций. По этой причине особенно трудным может оказаться установление их потребностей и прав в области здравоохранения, образования и развития. В том что касается детей с умственной недостаточностью, то цель состоит в том, чтобы добиться такого положения, которое квалифицируется Конвенцией о правах ребенка как "наиболее полное, по возможности, вовлечение ребенка в социальную жизнь и достижение развития его личности"<sup>65</sup>.

81. Потребности в поддержке и уходе лиц с умственной недостаточностью, а также их семей не удовлетворяются в большинстве, если не во всех, странах мира. Лица с

умственной недостаточностью нередко требуют специальных вспомогательных услуг, которые адаптируются к их индивидуальным потребностям. Это может включать подготовку к определенному роду деятельности, патологию речи, трудотерапию, психотерапию и поведенческую терапию. Наряду с другими факторами, определяющими здоровье, такими, как достаточное жилище, питание и образование, доступность таких услуг играет важную роль в обеспечении равных возможностей в реализации права на здоровье (и других прав человека) лиц с умственной недостаточностью. Особо важную роль также играет поддержка лиц с тяжелой умственной недостаточностью со стороны их семей, учитывая серьезные жертвы, которые требуют от них уход и поддержка. Для некоторых людей с умственной недостаточностью и их семей благоприятная обстановка может включать доступ к небольшому, открытому культурно-общественному центру с постоянным персоналом и специализированными вспомогательными услугами.

82. В Монреальской декларации о защите прав инвалидов вследствие умственной недостаточности, принятой в 2004 году, признаются нормы по правам человека, относящиеся к умственной недостаточности, в том числе право на здоровье. В соответствии с этой Декларацией для лиц с умственной недостаточностью, а также для других лиц, осуществление права на здоровье требует полной социальной интеграции, достаточного уровня жизни, доступа ко всеобщему образованию, доступа к справедливо оплачиваемому труду и доступа к коммунальным услугам<sup>66</sup>. В Декларации также содержатся другие важные нормы, в частности, такая, как помощь в принятии решений. Короче говоря, Декларация является важным первым шагом в преодолении социальной изоляции лиц с умственной недостаточностью применительно к праву на здоровье, а также к другим правам человека.

## **2. Право на интеграцию в жизнь общества**

83. Как уже особо отмечалось в других разделах настоящего доклада, лечение и уход нередко проводятся вдали от дома и места работы лиц с умственной недостаточностью при дефиците вспомогательных услуг по месту жительства. Это лишает этих людей права на жизнь и труд, а также лечения и полной поддержки по мере возможности в их общинах.

84. Уделяется большое внимание лечению, уходу и поддержке на местах во всех современных нормах, касающихся умственной недостаточности, причем это можно рассматривать в связи с переходом к лечению умственной недостаточности в рамках первичной медицинской помощи. В Каракасской декларации (1990 год), например, на первый план выдвигаются модели оказания услуг по месту жительства, интегрированные в системы социальной поддержки и здравоохранения. Одна из двух целей

Межамериканской конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении инвалидов, принятой в 1999 году, заключается в полной интеграции инвалидов в жизнь общества. В Принципах защиты психически больных недвусмысленно упоминается "право жить и работать, насколько это возможно, в обществе" (принцип 3), "право, насколько это возможно, на лечение и уход в общине, в которой они проживают" (принцип 7(1)), и "право во всех случаях, когда это возможно, проходить лечение вблизи от своего дома и право как можно скорее вернуться в свою общину", если лечение и уход невозможно обеспечить иным образом (принцип 7(2)).

85. Вытекая из права на здоровье и других прав человека, право на интеграцию в общество применимо без всяких различий ко всем лицам с психическими заболеваниями. Интеграция в общество наилучшим образом обеспечивает уважение их достоинства, самостоятельный образ жизни, равенство и участие в жизни общества. Оно препятствует госпитализации, которая может сделать лиц с умственной недостаточностью уязвимыми перед нарушениями прав человека и подорвать их здоровье в результате тяжелого психического бремени, вызванного сегрегацией и изоляцией. Интеграция в общество, также является важным стратегическим средством для ликвидации стигматизации и дискриминации в отношении лиц с умственной недостаточностью.

86. Соответственно, сегрегация и изоляция лиц с умственной недостаточностью в рамках общества противоречат их праву на здоровье, а также смежному праву на интеграцию в общество, если только это не обусловлено объективными и разумными соображениями, установленными законом, при условии независимого освидетельствования и проверки.

### **3. Согласие на лечение**

87. Согласие на лечение является одним из наиболее важных вопросов в области прав человека, связанных с умственной недостаточностью. Хотя этот вопрос нередко обсуждается в связи с правом на свободу и безопасность человека, а также с запрещением бесчеловечного и унижающего достоинство обращения, оно реже рассматривается в контексте права на здоровье. Однако, согласие на лечение в конечном итоге связано с принципиально важным элементом права на здоровье, а именно с правом на свободный контроль за своим здоровьем и телом.

88. В Принципах защиты психически больных признается, что никакое лечение не может назначаться пациенту без его осознанного согласия<sup>67</sup>. Это положение согласуется с основополагающими доктринами международного права прав человека, в частности такой, как самостоятельность индивидуума. Однако на это фундаментальное положение

принципов распространяется действие многочисленных исключений и оговорок. Поскольку в настоящем документе невозможно проанализировать эти сложные исключения и оговорки, на практике их совокупный эффект почти выхолащивает значение права на осознанное согласие.

89. Исходя из своего опыта, Специальный докладчик отмечает, что решения о назначении лечения без согласия нередко диктуются ошибочными соображениями. Например, они иногда принимаются по незнанию или в атмосфере стигматизации психически больных из-за беспринципности или равнодушия персонала. Это органически несовместимо с правом на здоровье, запретом на дискриминацию по признаку инвалидности и с другими положениями Принципов защиты психически больных лиц.

90. В связи с этим принципиально важно, чтобы процессуальные гарантии, защищающие право на осознанное согласие, были неприкосновенными и строго соблюдались. Поскольку в данный момент речь идет не об этом, Специальный докладчик рекомендует, чтобы этот важный вопрос права на здоровье был рассмотрен в срочном порядке с целью обеспечить более надежную защиту права на осознанное согласие на международном и национальном уровнях.

## II. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

91. **Проблеме умственной недостаточности не уделяется должного внимания во многих областях. Многие государства выделяют недостаточные бюджетные ассигнования на психиатрию и вспомогательные услуги и не разрабатывают должных стратегий, программ и законов. Некоторые из них можно упрекнуть в том, что они создали системы здравоохранения, в рамках которых, по всей вероятности, могут происходить нарушения прав человека лиц с психическими заболеваниями, а не их последовательная реализация. Традиционно, международные организации уделяют мало внимания психическому здоровью, хотя ВОЗ и ПАОЗ предприняли важные шаги с целью ликвидации этой диспропорции. Доноры редко учитывают необходимость поддержки психически больных в своей политике или в политических оценках ее последствий для инвалидов, хотя также имеются определенные признаки того, что это положение начинает меняться. Организации гражданского общества, включая ассоциации лиц, страдающих или когда-либо страдавших умственной недостаточностью, добились замечательных успехов в обсуждении вопросов умственной недостаточностью и прав человека несмотря на широко распространенную дискриминацию и стигматизацию.**

92. Кроме того, значительный прогресс достигнут в понимании проблем, а также в разработке соответствующей поддержки инвалидам. Это значительно расширяет возможности людей с умственной недостаточностью жить достойной жизнью и обеспечивать в максимально возможной степени свою самостоятельность, участие и интеграцию в общество. Растущее внимание проблемам умственной недостаточности со стороны лиц, формулирующих политику, и законодательных органов имеет принципиально важное значение для необходимого использования этих инструментов в поддержку реализации прав человека лиц с умственной недостаточностью, включая право на их здоровье.

93. Специальный докладчик рекомендует государствам активизировать и политику, и правовые инициативы в области охраны психического здоровья с целью обеспечения реализации права на здоровье и других прав человека психически больных. В соответствующих случаях им следует запрашивать содействие ВОЗ или ПАОЗ и финансовую помощь доноров. Им необходимо выделять более значительную часть своих бюджетов на здравоохранение для охраны психического здоровья и использовать эти средства для разработки профилактических мер, а также систем лечения и ухода на местах. Надзор за психической помощью и вспомогательными услугами, а также прочные механизмы отчетности, которые обеспечивают необходимые возможности лицам с умственными недостатками прибегать к правовым средствам защиты, также требуют большего внимания. При принятии этих и других соответствующих мер необходимо руководствоваться правозащитным подходом, включая такие понятия, как участие, самостоятельность, достоинство и социальная интеграция.

-----

## Примечания

<sup>1</sup> World Health Report 2001, p. 3.

<sup>2</sup> Ibid., p. 35.

<sup>3</sup> The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment (CPT) has taken a strong stance against unmodified ECT; see CPT Standards: “Substantive” sections of the CPT’s General Reports, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2003.

<sup>4</sup> See Mental Disability Rights International (MDRI)/Asociación Pro Derechos Humanos, *Human Rights and Mental Health in Peru* (2004); Mental Disability Advocacy Centre, *Cage Beds: Inhumane and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries* (2003); Amnesty International, *Romania: Memorandum to the Government Concerning Inpatient Psychiatric Treatment* (2003).

<sup>5</sup> See Human Rights Watch, *Ill-Equipped: U.S. Prisons and Offenders With Mental Illness* (2003).

<sup>6</sup> See Human Rights Committee, *Clement Francis v. Jamaica* (1994); European Court of Human Rights (ECHR) *Keenan v. UK* (2001); Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) *Victor Rosario Congo v. Ecuador* (1998).

<sup>7</sup> See K. Raye, *Violence, Women and Mental Disability* (MDRI, 1999).

<sup>8</sup> World Health Report 2001, pp. 89-91.

<sup>9</sup> See WHO, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2000.

<sup>10</sup> WHO, *ICF*.

<sup>11</sup> Also see G. Quinn, T. Degener, *Human Rights and Disability, the Current Use and Future Potential of Human Rights Instruments in the Context of Disability* (HR/PUB/02/1, United Nations, 2002).

<sup>12</sup> Mental Illness Principle 7 (1). Also see E. Rosenthal and L. Rubenstein, *International Human Rights Advocacy under the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness*, 16 *International Journal of Law and Psychiatry* (1993).

<sup>13</sup> See Standard Rule 14 (2).

<sup>14</sup> Adopted respectively by: General Assembly resolution 37/52; the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, convened by PAHO/WHO; and the Parliamentary Assembly of the Council of Europe.

<sup>15</sup> A/58/181, para. 43.

- <sup>16</sup> CESCR, general comment No. 5, paras. 7 (b) and 34.
- <sup>17</sup> CESCR, general comment No. 5, para. 5; CESCR, general comment No. 14, paras. 18 and 26.
- <sup>18</sup> ICESCR, art. 2 (1).
- <sup>19</sup> See, *World Health Report 2001*, pp. 112-115.
- <sup>20</sup> For the Special Rapporteur's latest contribution about right-to-health approaches to indicators and benchmarks, see A/59/422.
- <sup>21</sup> See European Convention on Human Rights, art. 5 (1) (e) and Mental Illness Principle 16.
- <sup>22</sup> E.g., ECHR, *Winterwerp v. The Netherlands* (1979) and *E v. Norway* (1990). See, generally, L.O. Gostin and L. Gable, *The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health*, 63 Maryland Law Review (2004); L.O. Gostin, *Human Rights of Persons with Mental Disabilities: The ECHR*, 23 International Journal of Law and Psychiatry (2000); O. Lewis, *Protecting the rights of people with mental disabilities: the ECHR*, European Journal of Health Law 9 (4) (2002).
- <sup>23</sup> ECHR, *Varbanov v. Bulgaria* (2000) and *Aerts v. Belgium* (1998); African Commission on Human and Peoples' Rights, *Purohit and Moore v. Gambia* (2001); IACHR, *Victor Rosario Congo v. Ecuador* (1998).
- <sup>24</sup> Standard Rules 2-4.
- <sup>25</sup> CESCR general comment No. 14, para. 4.
- <sup>26</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 12.
- <sup>27</sup> WHO, *Improving Access and Use of Psychotropic Medicines* (2004).
- <sup>28</sup> Report of the Special Rapporteur on disabilities of the Commission for Social Development on his third mandate, 2000-2002, annex; E/CN.5/2002/4, para. 28.
- <sup>29</sup> Annex, E/CN.5/2002/4, para. 30.
- <sup>30</sup> Mental Illness Principle 7 (3).
- <sup>31</sup> Mental Illness Principle 8 (1).
- <sup>32</sup> Mental Illness Principle 9 (2).
- <sup>33</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 33.
- <sup>34</sup> Inter-American Commission on Human Rights, *Victor Rosario Congo v. Ecuador*, 1998.

<sup>35</sup> ICESCR, art. 2.1, general comment No. 14, para. 36.

<sup>36</sup> WHO, *Mental Health Policy, Plans and Programmes* (2004).

<sup>37</sup> WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* (2005).

<sup>38</sup> See para. 31 above.

<sup>39</sup> CESCR, general comment No. 5, para. 15.

<sup>40</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 44 (d).

<sup>41</sup> CESCR, general comment No. 5, para. 34.

<sup>42</sup> CRC, general comment No. 4, para. 22.

<sup>43</sup> CRC, general comment No. 4, para. 35; UN Standard Rule 9 (2).

<sup>44</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 19.

<sup>45</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 11.

<sup>46</sup> Standard Rules 14 and 18; Montreal Declaration, para. 6.

<sup>47</sup> Standard Rules 14 (2) and 18; Montreal Declaration, para. 9 (d).

<sup>48</sup> WHO, *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health* (2003), p. 5.

<sup>49</sup> See A/59/422; Standard Rules 21 and 22 on International Cooperation.

<sup>50</sup> See, for example, MDRI, *Not on the Agenda: Human Rights of People With Mental Disabilities in Kosovo* (2002).

<sup>51</sup> Eric Rosenthal, et al., *Implementing the Right to Community Integration for Children with Disabilities in Russia: A Human Rights Framework for International Action*, 4 *Health and Human Rights: An International Journal* (2000).

<sup>52</sup> National Council on Disability, *Foreign Policy and Disability* (2003).

<sup>53</sup> See Consolidated Appropriations Act, 2005, Part D (Foreign Operations), Sec. 579.

<sup>54</sup> See WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* (2005); E. Rosenthal and C. Sundram, *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation* (WHO: 2004); Modules included in the WHO *Mental Health Policy and Service Guidance Package* (www.who.int).

<sup>55</sup> For some comments on accountability see the Special Rapporteur's second report to the General Assembly, paras. 36-46, A/59/422, 2004.

<sup>56</sup> Mental Illness Principle 22.

<sup>57</sup> Mental Illness Principle 17.

<sup>58</sup> Mental Illness Principles 11 and 18.

<sup>59</sup> For information on the draft Convention and the drafting process, see [www.un.org/esa/socdev/enable/](http://www.un.org/esa/socdev/enable/).

<sup>60</sup> E.g., the Mental Illness Principles focus on psychiatric disability. There is a more extensive body of case law on psychiatric disability. However, two important regional cases concerning intellectual disability are ECHR, *HL v. UK* (2004), and European Committee of Social Rights, *Autism-Europe v. France* (2002).

<sup>61</sup> *World Health Report 2001*, p. 35. Also see WHO, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* (1992).

<sup>62</sup> Although a diagnosis is made only if also associated with a diminished ability to adapt to the daily demands of the normal social environment, see *World Health Report 2001*, p. 35.

<sup>63</sup> M. Rioux, *On Second Thought*, in S. Herr, L. Gostin, H. Koh, *The Human Rights of Persons with Intellectual Disabilities* (2003).

<sup>64</sup> S. Herr, *Alternatives to Guardianship*, in Herr et al. (2003).

<sup>65</sup> Art. 23 (3).

<sup>66</sup> Para. 4.

<sup>67</sup> Principle 11. See also A/58/181.

-----