



ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ

Distr.
GENERAL

A/HRC/4/28
17 January 2007

RUSSIAN
Original: ENGLISH

Совет по правам человека
Четвертая сессия
Пункт 2 предварительной повестки дня

**ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ РЕЗОЛЮЦИИ 60/251 ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ
ОТ 15 МАРТА 2006 ГОДА, ОЗАГЛАВЛЕННОЙ
"СОВЕТ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА"**

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

* Примечания к настоящему докладу содержатся в приложении, которое воспроизводится в полученном виде только на языке представления.

Резюме

Настоящий доклад, представленный в соответствии с решением 1/102 Совета по правам человека, состоит из двух основных разделов. В первом говорится о некотором прогрессе, достигнутом движением в защиту права на здоровье в контексте прав человека за последнее десятилетие, а также рассматриваются два главных препятствия, которые предстоит преодолеть.

Гражданское общество, особенно в государствах с низким и средним уровнем доходов, как никогда ранее активно занимается вопросами обеспечения здоровья и прав человека. Некоторые государства очень серьезно относятся к этим вопросам. Замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам служит авторитетным руководством, позволяющим оценить сферу охвата права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья ("право на наивысший достижимый уровень здоровья" или "право на здоровье"). Начиная с 2000 года во многих докладах изучался вопрос о путях реализации права на здоровье. Правовые прецеденты, материалы и курсы по вопросам обеспечения здоровья и прав человека получают все большее распространение.

Движение в защиту права на здоровье в контексте прав человека достигло новой ступени развития в своем стремлении интегрировать права человека в политику в области здравоохранения на национальном и международном уровнях. Помимо традиционных правозащитных методов, таких, как "предание гласности и публичное осуждение", движение в защиту права на здоровье в контексте прав человека также применяет подходы, использующие применение показателей критериев и оценку последствий.

Вместе с тем это движение сталкивается с целым рядом серьезных препятствий. В настоящем докладе внимание уделяется двум из них: недостаточному вовлечению в деятельность движения i) авторитетных правозащитных неправительственных организаций и ii) специалистов системы здравоохранения.

В докладе содержится настоятельный призыв к авторитетным правозащитным неправительственным организациям плотнее заниматься вопросами обеспечения здоровья и прав человека, связанными, например, с материнской смертностью, действуя при этом с той же решительностью, с какой они уже борются против насильственных исчезновений, пыток и существования узников совести.

В докладе также подчеркивается, что право на здоровье и другие права человека не только имеют во многом общую основу, но также поддерживают и дополняют друг друга.

Тем не менее многие специалисты системы здравоохранения никогда не слышали о праве на наивысший достижимый уровень здоровья. В докладе приводятся аргументы в пользу того, что право на здоровье не имеет шансов на реализацию без активного участия большего числа специалистов системы здравоохранения; в нем также излагаются некоторые предварительные замечания относительно тех мер, которые можно было бы принять в целях более активного вовлечения специалистов системы здравоохранения в деятельность движения в защиту права на здоровье в контексте прав человека.

В последние годы право на наивысший достижимый уровень здоровья, а также другие связанные со здоровьем права сформировали постоянно развивающуюся систему прецедентного права. Во втором разделе доклада поясняется, что система судебной отчетности позволила усилить защиту права на здоровье и других связанных с ним прав, одновременно углубив понимание того, что означают эти права человека. В этом разделе приводятся примеры дел, демонстрирующих, каким образом различные суды толкуют и применяют права человека, связанные с обеспечением здоровья.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. ВВЕДЕНИЕ	1 - 5	5
II. ДВИЖЕНИЕ В ЗАЩИТУ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ В КОНТЕКСТЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА: ДОСТИГНУТЫЙ ПРОГРЕСС И ПРОБЛЕМЫ	6 - 54	6
A. Прогресс, достигнутый за последнее время	7 - 11	6
B. Гражданское общество, здоровье и права человека	12 - 17	8
C. Осуществление права на здоровье: вклад Специального докладчика	18 - 24	10
D. Новые методы и навыки	25 - 30	12
E. Ключевая роль авторитетных правозащитных организаций гражданского общества	31 - 37	14
F. Ключевая роль специалистов системы здравоохранения	38 - 47	16
G. Заключение	48 - 54	19
III. ДЕЛА, СВЯЗАННЫЕ С РЕАЛИЗАЦИЕЙ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ И ДРУГИХ ИМЕЮЩИХ К НЕМУ ОТНОШЕНИЕ ПРАВ	55 - 89	21
A. Введение	55 - 58	21
B. Постепенное осуществление, доступность ресурсов и срочные обязательства	59 - 67	22
C. Наличие, доступность, приемлемость и высокое качество ...	68 - 76	25
D. Обязанность уважать, защищать и осуществлять	77 - 86	28
E. Заключение	87 - 89	31
IV. ВЫВОДЫ	90 - 93	32
<u>Приложение</u> - ПРИМЕЧАНИЯ К ДОКЛАДУ		34

I. ВВЕДЕНИЕ

1. Своей резолюцией 60/251 от 15 марта 2006 года Генеральная Ассамблея постановила завершить работу Комиссии по правам человека и учредила Совет по правам человека. Мандат Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья изложен в резолюциях 2002/31 и 2004/27 Комиссии. Совет по правам человека в своем решении 1/102 продлил все мандаты бывшей Комиссии по правам человека, включая мандат Специального докладчика. Настоящий доклад представляется в соответствии с этим решением.
2. В октябре 2006 года Специальный докладчик представил Генеральной Ассамблее доклад (см. A/61/338). В этом докладе рассматриваются две основные темы: материнская смертность и право на лекарственные препараты. Он также включает в себя информацию о деятельности Специального докладчика в рамках его мандата в период с января по август 2006 года. Находясь в Нью-Йорке с целью представления своего доклада, Специальный докладчик принял участие в брифинге по вопросам его мандата, организованном для неправительственных организаций (НПО) нью-йоркским отделением Управления Верховного комиссара по правам человека. Он также участвовал в совещании с сотрудниками Фонда Организации Объединенных Наций по народонаселению (ЮНФПА).
3. В сентябре 2006 года Специальный докладчик совместно со Специальным докладчиком по вопросу о достаточном жилище как компоненте права на достаточный жизненный уровень Милуном Котари, Представителем Генерального секретаря по вопросу о правах человека внутренне перемещенных лиц Вальтером Келином и Специальным докладчиком по вопросу о внесудебных казнях, казнях без надлежащего судебного разбирательства или произвольных казнях Филиппом Алстоном посетил Ливан и Израиль по приглашению их правительств. Доклад об этой миссии (A/HRC/2/7) был подготовлен и представлен Совету по правам человека в октябре 2006 года.
4. В октябре 2006 года Специальный докладчик посетил Перу, где состоялись совещания по итогам его миссии в эту страну в июне 2004 года (см. E/CN.4/2005/51/Add.3). Он встретился с заместителем министра здравоохранения, министром по делам женщин и представителями министерств юстиции и иностранных дел. Он также провел совещания с членами конгресса и встретился с Уполномоченным по правам человека (омбудсменом) и ее коллегами. Кроме того, он встретился с представителями Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ), ЮНФПА, ЮНЭЙДС и других международных организаций и гражданского общества и посетил

психиатрическую клинику имени Виктора Ларко Эрреры в Лиме. По итогам своего визита Специальный докладчик хотел бы получить более подробную информацию о мерах, принятых в ответ на рекомендации, содержащиеся в докладе о его миссии 2004 года.

5. В том же месяце Специальный докладчик совершил поездку в Вашингтон, где он встретился с Исполнительными директорами северо-балтийских департаментов Всемирного банка и Международного валютного фонда (МВФ). Этот официальный визит был совершен в рамках последующих мер по итогам его миссии в Швецию в январе 2006 года. Доклад о его посещении Всемирного банка и МВФ будет представлен Совету по правам человека в 2007 году¹.

II. ДВИЖЕНИЕ В ЗАЩИТУ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ В КОНТЕКСТЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА: ДОСТИГНУТЫЙ ПРОГРЕСС И ПРОБЛЕМЫ

6. Благодаря работе огромного числа организаций и лиц движение в защиту права на здоровье в контексте прав человека за последние десять лет добилось ощутимых результатов. Вместе с тем оно не сможет сохранять свой наступательный порыв, не преодолев некоторые серьезные препятствия, лежащие на его пути. В настоящей главе кратко излагается достигнутый за последнее время прогресс и анализируются две взаимосвязанные проблемы, стоящие перед современным движением в защиту права на здоровье в контексте прав человека. Пока эти проблемы не будут надлежащим образом решены, движение в защиту права на здоровье в контексте прав человека не сможет реализовать свой огромный потенциал.

A. Прогресс, достигнутый за последнее время

7. Взаимосвязь между здоровьем и правами человека, за редким исключением, до 1990-х годов не была объектом пристального и серьезного изучения. Конечно, Устав Всемирной организации здравоохранения 1946 года и Алма-атинская декларация 1978 года закрепляют право на здоровье. Оба документа представляют собой важные вехи в развитии правозащитных аспектов права на здоровье. Кроме того, важное значение прав человека отчасти осознавалось и в ходе борьбы с ВИЧ/СПИДом в 1980-х годах. Но в подавляющем большинстве эти знаковые тенденции не сопровождались подробным изучением той ключевой взаимосвязи, которая существует между здоровьем и правами человека. Начало этому было положено только в начале 1990-х годов, чуть более десятилетия тому назад². Инициаторами изучения взаимосвязи между здоровьем и

правами человека, особенно в контексте борьбы с ВИЧ/СПИДом, стали ныне покойный Джонатан Манн и его коллеги из Гарвардской школы общественного здравоохранения и сотрудники Центра по вопросам здравоохранения и прав человека им. Франсуа-Ксавье Банью.

8. Вместе с тем в 1990-х годах д-р Манн и его коллеги столкнулись с серьезным препятствием, которое ныне устранено. Хотя в то время информация о многих правах человека уже получила широкое распространение, а сами они были детально проанализированы, отсутствовало понимание того, что без сомнения является краеугольным камнем изучения вопроса о здоровье и правах человека: права на наивысший достижимый уровень здоровья. Данный пробел неизбежно создавал серьезные препятствия для тех, кто в это время занимался проблематикой здоровья и прав человека. Авторитетное понимание права на здоровье сформировалось лишь в 2000 году, когда Комитет по экономическим, социальным и культурным правам совместно с ВОЗ и другими организациями принял замечание общего порядка № 14.

9. Не будучи исчерпывающим, идеальным или юридически обязывающим, замечание общего порядка № 14, тем не менее, является по сути своей неопровержимым и новаторским. Впервые было достигнуто глубокое понимание права на здоровье, которое может быть реализовано и усовершенствовано в свете практического опыта. Данный документ делает право на здоровье, закрепленное в Уставе ВОЗ и Алма-атинской декларации и подтвержденное во многих других международных договорах по правам человека, не просто лозунгом. Одним словом, это еще одна важная веха в истории развития права на здоровье в правозащитном контексте.

10. Начиная с 2000 года развитие движения в защиту права на здоровье в контексте прав человека ускорилось. Некоторые государства, такие, как Перу, начали серьезно воспринимать право на здоровье на национальном уровне³. Другие страны, например Швеция, стараются интегрировать право на здоровье и другие права человека в свою международную политику⁴. На протяжении многих лет ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и некоторые другие учреждения уделяли серьезное внимание вопросам прав человека, а после 2000 года в некоторых случаях это изучение стало приобретать приоритетное значение. Так, в 2003 году ЮНЭЙДС активизировало свою правозащитную деятельность, создав экспертную Группу по глобальной справочной информации, посвященной вопросу о ВИЧ/СПИДе и правах человека. В настоящее время ЮНФПА разрабатывает учебный комплекс мер по проблематике правозащитного подхода, в рамках которого особое внимание уделяется вопросам гендерного равенства и репродуктивных прав. В рамках ВОЗ, а также в некоторых региональных и страновых отделениях⁵ Специальный докладчик обнаружил специалистов, готовых к активному сотрудничеству в некоторых

областях, таких, как игнорируемые заболевания, психическое здоровье, здоровье детей и подростков, основные лекарственные препараты, сексуальное и репродуктивное здоровье. Выпущенные ВОЗ брошюры "25 вопросов и ответов о здоровье и правах человека" (2002 год) и "Стратегии в области прав человека, здоровья и сокращения уровня нищеты" (2005 год) остаются в числе наиболее доступных изданий в данной области⁶.

11. Для настоящего десятилетия также характерно всевозрастающее количество дел, связанных с осуществлением права на здоровье в правозащитном контексте, которые рассматриваются на национальном, региональном и международном уровнях. Подборка таких дел содержится в разделе III настоящего доклада. Кроме того, наряду с увеличением числа учебных курсов по проблемам здоровья и прав человека более глубокой стала и научная литература по данным вопросам⁷.

В. Гражданское общество, здоровье и права человека

12. С 2000 года наиболее разительные перемены произошли в гражданском обществе. Неправительственные организации в странах с низким и средним уровнем доходов всегда более четко осознавали вопросы здоровья и прав человека, чем их партнеры в государствах с высоким уровнем доходов. В некоторых государствах Специальный докладчик был глубоко впечатлен приверженностью гражданского общества праву на здоровье и его осведомленностью в данной области. Например, в Перу некоторые группы гражданского общества широко используют правозащитную терминологию, проводят информационные кампании, касающиеся права на здоровье, призывают к участию все слои населения в разработке политики в данной сфере, принимают к рассмотрению дела, связанные с реализацией права на здоровье и т.д.⁸. Такая активность в этой области совпала с публикацией целого ряда материалов по данной тематике во всех регионах, включая, например, "*Право на здоровье: руководство для НПО*"⁹.

13. Все большая степень приверженности организаций гражданского общества экономическим, социальным и культурным правам, включая право на здоровье, выходит за пределы национальных границ, охватывая и международные НПО. На протяжении многих лет деятельность организации "Международная амнистия" ассоциировалась с узким кругом гражданских и политических прав. В последнее время входящие в ее состав члены из разных стран пришли к выводу о необходимости изменения сложившегося стереотипа. В опубликованном в 2005 году издании "Права человека и человеческое достоинство: руководство по вопросам экономических, социальных и культурных прав" говорится: "В последние годы Международная амнистия расширила свои цели, признав, что существует гораздо большее количество "узников" нищеты, чем "узников" совести, и что миллионы страдают от пытки голодом и медленно умирают от болезней, которые

можно предотвратить"¹⁰. Кроме того, эти более широкие цели начинают трансформироваться в конкретные инициативы в области права на здоровье¹¹. Другие международные НПО – Организация по наблюдению за осуществлением прав человека, Международная комиссия юристов, Международная федерация лиг защиты прав человека, Международная служба по правам человека, "Интерайтс" и другие - также уделяют больше внимания экономическим, социальным и культурным правам. Различные организации ставят перед собой разные цели, которые зачастую являются спорными. Кроме того, как сказано ниже, многое еще предстоит сделать. Тем не менее общая тенденция представляется достаточно ясной и развивается в правильном направлении.

14. Другую немаловажную группу правозащитных НПО составляют организации, состоящие в основном из специалистов системы здравоохранения, например независимая организация "Врачи за права человека" и Международная федерация организаций системы здравоохранения и правозащитных организаций. В 1990-х годах такие организации, как правило, уделяли основное внимание гражданским и политическим аспектам права на здоровье, например вопросам применения пыток. В последние годы сфера их внимания расширилась и включила в себя право на наивысший достижимый уровень здоровья. Некоторые национальные медицинские ассоциации, такие, как Британская медицинская ассоциация, также уделяют больше внимания вопросам здоровья и прав человека. В 2006 году Американская ассоциация общественного здоровья провела ежегодную встречу на тему: "Общественное здоровье и права человека".

15. Организации "Врачи без границ", "Врачи мира", "Партнеры по здравоохранению", "Докторс фор глобал хелс" и другие аналогичные организации специалистов системы здравоохранения оказывают медицинские услуги уязвимым категориям лиц и общинам во всех регионах мира. Их практическая деятельность по спасению жизни является в высшей степени воодушевляющей. Интересен тот факт, что они совершенно по-разному используют права человека. Некоторые используют их в качестве одного из средств пропагандистской деятельности, другие - как способ формирования справедливой политики и программ в области здравоохранения, а некоторые организации вообще редко прибегают к использованию понятий прав человека. То же самое можно сказать и об организациях, работающих в сфере развития. Так, организация КАРЕ непосредственно использует правозащитный подход в своей работе, связанной со здравоохранением.

16. Недавно Движением за здоровье людей была инициирована глобальная кампания по праву на здоровье и медицинское обслуживание¹², которая стала своего рода связующим звеном между многими из вышеперечисленных групп.

17. В заключение, следует отметить, что объем данного документа позволяет привести лишь краткое и неполное описание последних тенденций, касающихся гражданского общества, здоровья и прав человека. Сегодня компонент гражданского общества в составе движения в защиту права на здоровье в контексте прав человека гораздо более динамичен, чем всего лишь несколько лет назад. Вместе с тем уровень признания гражданским обществом вопросов, связанных со здоровьем, в качестве вопросов прав человека по-прежнему является неравномерным: высокий - в некоторых государствах и слабый в других, он практически полностью отсутствует во многих странах мира. В рамках движения в защиту права на здоровье в контексте прав человека наблюдается все большее признание роли права на здоровье. Тем не менее в рамках движения в защиту права на здоровье в контексте прав человека, гражданское общество может и должно занимать более активную позицию, - важный момент, к которому мы еще вернемся в этом разделе.

С. Осуществление права на здоровье: вклад Специального докладчика

18. Замечание общего порядка № 14 во многом способствует формированию правозащитных подходов к вопросу о праве на здоровье. В нем также подчеркиваются связи между правом на здоровье и другими правами человека. Вместе с тем, несмотря на свой новаторский характер, данное замечание не задумывалось в качестве подробного руководства по реализации права на здоровье. Как свидетельствует само его название, в данном замечании говорится о праве на здоровье в общем плане.

19. Начиная с 2003 года в своих докладах Специальный докладчик стремился сделать право на здоровье более конкретным, доступным, практическим и реализуемым. Эти доклады основывались не только на замечании общего порядка № 14, но и на результатах работы других договорных органов Организации Объединенных Наций по правам человека¹³ и практике государств, специализированных учреждений, судов и трибуналов, неправительственных организаций и ученых. Некоторые из докладов Специального докладчика посвящены конкретным элементам права на здоровье, таким, как доступ к лекарственным препаратам¹⁴. В других право на здоровье рассматривается применительно к конкретным вопросам, таким, как цели в области развития здравоохранения, сформулированные в Декларации тысячелетия¹⁵. В других докладах право на здоровье анализируется с точки зрения его осуществления отдельными группами лиц, например лицами с психическими отклонениями¹⁶. Кроме того, в страновых докладах, например по Мозамбику, Перу, Румынии, Уганде и Швеции¹⁷, право на здоровье рассматривается с точки зрения его применения к различным системам юрисдикции.

20. Сегодня одной из самых важных проблем в области здоровья и прав человека является предоставление возможности лицам, живущим в условиях нищеты, реализовать свое право на здоровье. Учитывая данный факт, в докладах Специального докладчика поясняется, каким образом уважение права на здоровье могло бы укрепить Стратегию сокращения масштабов нищеты в Нигере¹⁸. В другом докладе говорится о том, как политика, основанная на праве на здоровье, может помочь Уганде в ее борьбе против "игнорируемых", или тропических, болезней, т.е. заболеваний, затрагивающих в первую очередь лиц, проживающих в условиях нищеты¹⁹. В докладе по Уганде определены конкретные практические инициативы в области здравоохранения, такие, как создание бригад медицинской помощи в деревнях, стимулы, способные привлечь медицинских работников в удаленные общины, проведение информационных кампаний в целях повышения доступности государственного здравоохранения и т.д. Еще в одном из докладов исследуется явление миграции медицинских специалистов из развивающихся государств в развитые; в нем отмечается, что такая утечка профессионалов представляет собой пагубную практику субсидирования богатых стран бедными, что впоследствии подрывает право на здоровье лиц, живущих в условиях нищеты в направляющих странах²⁰. В действительности все эти доклады, равно как и все другие, например доклад по Мозамбику²¹, анализируют вопрос о том, каким образом обеспечить осуществление права на здоровье для лиц, живущих в условиях нищеты.

21. Замечание общего порядка № 14 содержит один пункт, посвященный праву на здоровье коренных народов²². Хотя данный пункт является в высшей степени инструктивным, он состоит всего из нескольких предложений. Специальный докладчик подготовил три доклада с разделами, посвященными коренным народам. В одном из докладов содержится общая информация о коренных народах и праве на здоровье²³, а два других непосредственно посвящены коренным народам Перу и Швеции²⁴. В каждом из них содержатся рекомендации государственным органам и другим субъектам. По сути все эти три доклада призваны помочь коренным народам реализовать право на здоровье.

22. Хотя торговля оказывает многостороннее воздействие на здоровье, в замечании общего порядка № 14 этим вопросам уделяется мало внимания. В 2004 году Специальный докладчик посвятил отдельный доклад взаимосвязи между Всемирной торговой организацией и правом на здоровье²⁵. В нем рассматриваются такие вопросы, как интеллектуальная собственность в связи с доступом к лекарственным препаратам и торговля услугами в увязке с доступом к медицинскому обслуживанию. Некоторые из этих вопросов получили дальнейшее развитие в докладе Специального докладчика по итогам его миссии в Перу, в частности в связи с торговым соглашением между Соединенными Штатами и Перу²⁶. Оба эти доклада содержат рекомендации. По сути за

основу в них взяты общие принципы, содержащиеся в замечании общего порядка № 14, и применены к конкретным торговым вопросам, что помогает понять идею реализации права на здоровье в связи с интеллектуальной собственностью, торговлей услугами и т.д.

23. Можно привести и множество других примеров, но эти три, касающиеся нищеты, коренных народов и торговли, являются достаточными, чтобы продемонстрировать, что доклады Специального докладчика посвящены возможным путям осуществления права на здоровье. В них заложена идея продвижения от общего к частному. Они, конечно, не содержат подробных программ в области права на здоровье; это потребовало бы большего объема и более детальной проработки, чем это позволяют подобные доклады. Тем не менее в них определены некоторые из ключевых практических аспектов, которые могут быть включены в конкретные программы, посвященные праву на здоровье.

24. Право на здоровье является одним из самых широких и сложных прав человека в международной лексике. В докладах Специального докладчика также предлагается способ разъяснения права на здоровье с целью облегчения его понимания. Наиболее подробное разъяснение содержится в докладе о психической неполноценности²⁷. Помимо того что в нем подробно сообщается о том, каким образом может быть реализовано право на здоровье лицами с психическими отклонениями, в нем одновременно разъясняется право на здоровье в общем применении без привязки к таким лицам. Наконец, эти доклады также углубляют и улучшают наше концептуальное понимание некоторых элементов замечания общего порядка № 14, в частности, касающихся международной помощи и сотрудничества.

D. Новые методы и навыки

25. За многие годы традиционное движение в защиту прав человека разработало целый спектр методов и способов достижения стоящих перед ним целей. Обычно такие методы включают, среди прочего, предание гласности и публичное осуждение, проведение кампаний по написанию рассылке писем, рассмотрение показательных дел, составление лозунгов и т.д. Эти методы всегда эффективно использовались правозащитным сообществом и продолжают играть важную роль, в том числе в отношении права на наивысший достижимый уровень здоровья. Однако в контексте права на здоровье этих традиционных правозащитных способов и методов уже недостаточно.

26. В своем первом докладе Комиссии по правам человека Специальный докладчик подчеркивал, что право на здоровье "должно последовательно и согласованно применяться во всех соответствующих национальных и международных процессах по формированию политики"²⁸. Действительно, одной из основных целей всех этих докладов

было поощрение интеграции права на здоровье в политику в области здравоохранения. Однако для достижения этой цели традиционные методы и способы оказываются недостаточными. Право на здоровье не может быть интегрировано в национальную и международную политику лишь путем "предания гласности и осуждения", проведения кампаний по написанию и рассылке писем, рассмотрения показательных дел и составления лозунгов. Сегодня все большее число участников движения в защиту права на здоровье и других прав человека осознают необходимость использования новых методов, способов и технологий для реализации права на здоровье в политике, программах и проектах в области здравоохранения. Более того, они уже реально занимаются разработкой этих новых подходов.

27. В настоящее время широко признается, например, то, что для оценки хода постепенного осуществления права на здоровье необходима система показателей и критериев. Некоторые специализированные учреждения, организации гражданского общества, представители научных кругов и другие вносят свой вклад в разработку соответствующих показателей и критериев в конкретном контексте права на здоровье и других прав человека. Со своей стороны Специальный докладчик подготовил три доклада по данному вопросу, в последнем из которых сформулирован правозащитный подход к показателям в области здравоохранения²⁹.

28. Кроме того, в настоящее время ряд субъектов занимается разработкой критериев оценки последствий различных факторов для прав человека и права на здоровье. Для интеграции права на здоровье в политику необходима методология, которая помогала бы директивным органам предвидеть возможные последствия предполагаемой политики для осуществления права на здоровье, с тем чтобы при надобности внести в предлагаемую политику соответствующие коррективы. Специальный докладчик являлся соавтором документа, подготовленного при финансовом содействии ЮНЕСКО, в котором представлены некоторые материалы по данному вопросу и предложен для обсуждения проект методологических принципов оценки последствий некоторых факторов для реализации права на здоровье³⁰.

29. В настоящее время движение в защиту права на здоровье в контексте прав человека пытается решить ряд сложных вопросов: например, какие уступки допустимы и недопустимы с точки зрения права на здоровье при разработке политики в области здравоохранения? Учитывая ограниченные бюджетные средства, каким образом с точки зрения уважения права на здоровье министерствам здравоохранения среди прочих равных целей следует определять наиболее приоритетные задачи? Разумеется, принципы прав человека не дают более четкого ответа на эти сложные вопросы, чем, например, могут дать теория равенства, экономика здравоохранения или любая другая совокупность

принципов и знаний. Тем не менее движение в защиту права на здоровье в контексте прав человека разрабатывает технику и методы, позволяющие ему вносить конструктивный вклад в эти важные и сложные дискуссии.

30. Одним словом, движение в защиту права на здоровье в контексте прав человека достигло нового уровня зрелости. Тактике "предания гласности и публичного осуждения", использования показательных дел и лозунгов отводится важнейшая роль в поощрении и защите права на здоровье, но эту же роль играют показатели и критерии, оценка последствий, финансовый анализ и умение делать трудный политический выбор, не нарушая при этом международного права и практики в области прав человека.

Е. Ключевая роль авторитетных правозащитных организаций гражданского общества

31. Выше в данном разделе Специальный докладчик приводил аргументы в пользу того, что некоторые авторитетные правозащитные НПО стали больше, чем раньше, уделять внимания экономическим, социальным и культурным правам, включая право на здоровье. Хотя это и не может не радовать, Специальный докладчик придерживается твердого мнения, что некоторые из этих организаций по-прежнему уделяют гораздо больше внимания гражданским и политическим правам, чем экономическим, социальным и культурным правам. Несмотря на существование многочисленных и широко распространенных проблем, связанных с правом на здоровье, которые стоят перед человечеством, они все еще редко привлекают постоянное внимание авторитетных правозащитных НПО.

32. Возьмем, например, материнскую смертность. Каждый год в мире отмечается более 500 000 таких случаев, т.е. примерно каждую минуту при родах умирает одна женщина. В большинстве случаев такую смерть можно предотвратить с помощью хорошо известных способов. При этом 95 % всех случаев материнской смертности приходится на страны Азии и Африки. В то время как в странах с высоким уровнем доходов вероятность смерти при родах не превышает одного случая из 8 700, в странах с низким уровнем доходов этот показатель составляет один к десяти.

33. Все эти факты являются особенно шокирующими не только потому, что в подавляющем большинстве случаев летального исхода можно избежать, но и потому, что они свидетельствуют о колоссальном неравенстве в сфере здравоохранения. Во-первых, несоизмеримая доля материнской смертности приходится на развивающиеся страны. Во-вторых, как в развивающихся, так и в развитых странах уровень материнской смертности намного выше среди этнических меньшинств, коренных народов и женщин,

проживающих в условиях нищеты. В-третьих, не существует ни одной причины смертности и инвалидности среди мужчин в возрасте от 15 до 44 лет, которая по своим масштабам была бы сопоставима с уровнем материнской смертности и заболеваемости. Другими словами, уровень материнской смертности и заболеваемости демонстрирует наличие огромного разрыва между мужчинами и женщинами в возможностях осуществления ими своих сексуальных прав и прав на репродуктивное здоровье. Таким образом, материнская смертность свидетельствует о существовании множественного неравенства – глобального, этнического и гендерного. И при этом главной причиной остается бедственное положение тех, кто живет в условиях безысходной нищеты.

34. Как отметил Специальный докладчик в своем последнем докладе Генеральной Ассамблее, материнская смертность является не только вопросом здравоохранения, но и проблемой прав человека³¹. Предотвратимая материнская смертность нарушает права женщин на жизнь, здоровье, равенство и недискриминацию. Кроме того, масштабы материнской смертности столь же, если не более, велики, что и масштабы многих серьезнейших нарушений прав человека, которые на протяжении многих лет привлекали самое пристальное внимание авторитетных правозащитных НПО. К примеру, некоторые из этих организаций выступают за отмену смертной казни. В 2005 году смертные приговоры были приведены в исполнение в отношении примерно 2 500 лиц, приговоренных к высшей мере наказания³². Эти оценки почти наверняка являются заниженными, и, предположительно, эти цифры можно увеличить, скажем, в 10 раз до 25 000. А сколько случаев материнских смертей было зафиксировано за этот же период? Порядка 500 000.

35. Начиная с 1980 года Рабочая группа по насильственным или недобровольным исчезновениям рассмотрела около 50 000 дел³³. Сколько же женщин умерли при родах за этот 26-летний период? Свыше 10 миллионов! Разумеется, количество случаев исчезновений за это время существенно превышает 50 000, но вряд ли оно достигает 10 миллионов. Несмотря на это, для решения проблемы исчезновений была создана "специальная процедура" (Рабочая группа), приняты различные международные договоры по этой проблематике³⁴ и ей постоянно уделяется внимание со стороны многих организаций гражданского общества.

36. Смертная казнь и насильственные исчезновения являются серьезнейшими вопросами прав человека, которые в полной мере заслуживают уделяемого им внимания. Вместе с тем материнская смертность представляет собой не менее серьезную проблему прав человека и при этом не получает должного внимания со стороны правозащитного сообщества. Фактически, за некоторым исключением, основное правозащитное

сообщество не уделяет практически никакого внимания вопросам материнской смертности.

37. В прошлом году ряд видных мировых деятелей - Билл Клинтон, Фернандо Энрике Кардозу, Дезмонд Туту, Мэри Робинсон, Гро Брундтланд, Нафис Сидик и многие другие - приняли "Призыв лидеров мира к действиям" в связи с правом на здоровье³⁵. Теперь пришло время авторитетным правозащитным НПО признать, что материнская смертность является масштабной катастрофой в области прав человека. Они должны бороться с материнской смертностью и другими серьезными проблемами в области прав человека столь же решительно, как они выступают против смертной казни, насильственных исчезновений, внесудебных казней, пыток, произвольных задержаний и существования узников совести. Если они откажутся от этого, важнейшие вопросы права на здоровье в правозащитном контексте никогда не станут частью общей системы прав человека.

Г. Ключевая роль специалистов системы здравоохранения

38. В настоящем разделе термин "специалисты системы здравоохранения" охватывает всех лиц, действующих в сфере здравоохранения, включая общинных медицинских работников, политиков, экономистов и администраторов.

39. Специальный докладчик представил более 20 докладов по праву на наивысший достижимый уровень здоровья, в которых неизменно подтверждается общая позиция, разделяемая специалистами системы здравоохранения и правозащитниками. Цель обеих групп состоит в создании эффективной, комплексной, оперативной и доступной для всех системы здравоохранения. И те, и другие подчеркивают важность доступа не только к медицинским услугам, но и к воде, объектам санитарии, информации и образованию в области здравоохранения. И те, и другие осознают, что обеспечение хорошего здоровья является обязанностью не только министерства здравоохранения, но и широкого круга государственных и частных субъектов. И те, и другие уделяют первоочередное внимание борьбе с дискриминацией и бедственным положением и отмечают важность уважения различных культур. По сути, специалисты, работающие в системе здравоохранения и сфере прав человека, преследуют одну и ту же цель: обеспечение благополучия каждого отдельного человека и народов.

40. Кроме того, эти доклады не только подтверждают, что здоровье и права человека имеют во многом общую основу; они также демонстрируют, каким образом право на здоровье и другие права человека подкрепляют и дополняют друг друга.

41. Реализация права на наивысший достижимый уровень здоровья, безусловно, зависит от повышения качества системы здравоохранения и предоставляемых медицинских услуг специалистами этой сферы. Право на здоровье не может быть реализовано без участия медицинских работников. В равной мере новая динамичная отрасль прав человека может способствовать достижению классических традиционных целей различных профессиональных категорий системы здравоохранения. Права человека могут способствовать развитию существующих программ укрепления здоровья, а иногда и формированию новой, справедливой политики в области здравоохранения. Они могут служить гарантией того, чтобы политика и программы в области здравоохранения стали справедливыми и эффективными, жизненными и действенными, открытыми для участия, всеохватывающими и доступными для лиц, живущих в условиях нищеты. Вспомогательная функция прав человека распространяется на предоставление медицинских услуг, а также на систему государственного здравоохранения. Кроме того, переосмысление неотложных задач в области здравоохранения в плоскости вопросов прав человека, при соблюдении всех надлежащих условий, может укрепить их легитимность и важность. Другими словами, специалисты системы здравоохранения могут использовать права человека для достижения собственных профессиональных целей.

42. Специалисты системы здравоохранения руководят основными международными организациями здравоохранения, а также министерствами здравоохранения во всем мире. Естественно, они доминируют в сфере здравоохранения как частного, так и государственного. Совершенно очевидно, что практическая реализация права на здоровье, равно как и других, связанных с ним прав, невозможна без понимания и поддержки со стороны высокопоставленных специалистов системы здравоохранения. Короче говоря, право на здоровье без активного участия множества специалистов системы здравоохранения не имеет шансов на реализацию.

43. В этой связи, однако, возникает одна очень важная проблема. Дело в том, что большинство специалистов системы здравоохранения, с которыми периодически встречается Специальный докладчик, никогда даже не слышали о праве на здоровье. А если и слышали, то, как правило, не понимают ни его теоретического значения, ни практического применения и склонны считать, что оно может повлечь за собой одни лишь неприятности. Эта проблема отчасти носит лингвистический характер: хотя право на здоровье и другие права человека имеют много общего, используемая терминология зачастую отличается. Это является одной из причин, по которым Специальный докладчик в настоящее время завершает работу над кратким документом о взаимодополняющих связях между справедливостью (термин, знакомый многим медицинским работникам) и правами человека.

44. Выше в данном разделе Специальный докладчик уже говорил о том, что в последнее время специалисты системы здравоохранения стали более серьезно относиться к проблеме прав человека, включая право на здоровье, что не может не радовать. Вместе с тем для достижения дальнейшего прогресса в деле реализации права на здоровье необходимо, чтобы гораздо большее число специалистов системы здравоохранения начали учитывать правозащитный компонент своей работы. Следует более четко и широко распространить идею о том, что право на здоровье и другие связанные с ним права должны быть неотъемлемой частью тех ценностей, которые им надлежит использовать. Эти права могут помочь им разрабатывать более справедливую политику и программы; ставить важные вопросы здравоохранения на первое место в национальные и международные повестки дня; обеспечивать более эффективную координацию различных секторов системы здравоохранения; требовать выделения большего объема бюджетных средств; привлекать капитал из развитых государств в развивающиеся; улучшать условия труда медицинских работников в некоторых странах и так далее. Важно, чтобы гораздо большее количество специалистов системы здравоохранения приходили к осознанию того, что право на наивысший достижимый уровень здоровья - не просто риторическая фраза, а практическое средство, способное спасать жизни и уменьшать страдания, особенно среди наиболее уязвимых групп населения.

45. Когда слушаешь выступления специалистов системы здравоохранения, которые не считают, что возможности в области прав человека способны помочь им в их работе, становится иногда ясно, что они не понимают некоторых элементарных особенностей права на наивысший достижимый уровень здоровья. Некоторые из них не осознают, что право на здоровье должно осуществляться постепенно (очевидно, что государство не обязано немедленно реализовать это право). Другие не понимают того, что право на здоровье зависит от наличия ресурсов (разумеется, от Канады, например, можно ожидать большего, чем, скажем, от Чада)³⁶. Некоторые специалисты системы здравоохранения не осознают того, что право на здоровье включает в себя как медицинские услуги, так и основополагающие факторы здоровья, такие, как обеспечение питьевой водой и объектами санитарии. Другие неверно истолковывают права человека и в результате утверждают, что они противоречат "социальному равенству", в то время как на самом деле все как раз наоборот. Зачастую они имеют представление только о традиционных приемах и методах борьбы за права человека, таких, как "предание гласности и публичное осуждение", и не осознают, что набирающее силу движение в защиту права на здоровье в контексте прав человека разрабатывает более совершенные методы, о которых говорилось в предыдущем разделе.

46. Одной из областей, где чаще всего возникает серьезное непонимание, является подотчетность. Хотя права человека требуют подотчетности, это не означает, что

каждый, занимающийся проблемой защиты права на здоровье и других прав человека, должен требовать отчета от тех, на кого возложено выполнение тех или иных официальных обязанностей; это не означает также, что каждый специалист или учреждение в сфере здравоохранения должны стать правозащитниками. Идея состоит в том, что должны существовать доступные, транспарентные и эффективные механизмы отчетности в отношении права на здоровье и других прав человека. Движение в защиту права на здоровье в контексте прав человека нуждается в советниках по правозащитной проблематике, практиках и вдохновителях, а также в тех, в задачу которых входит требование отчетности от официальных органов. Все эти функции вряд ли могут быть реально осуществлены одной организацией или лицом. Хотя специализированные учреждения и выступают в роли советников, практиков и вдохновителей в правозащитной сфере, в их задачу не входит требование отчетности от государств. Такая процедура должна осуществляться какой-либо организацией или лицом, но не специализированным учреждением, если только оно не решает создать отдельную независимую процедуру или орган для этих целей³⁷. Подотчетность иногда узко понимается в значении обвинения и наказания, тогда как более точным было бы считать это процессом определения того, какие методы работают (и могут быть использованы в дальнейшем), а какие нет (и поэтому требуют корректировки).

47. Было бы несправедливо упрекать специалистов системы здравоохранения в том, что они имеют слабое представление о праве на здоровье и других правах человека. Они не виноваты в том, что не имели возможности воспользоваться правозащитным потенциалом для совершенствования своей практической деятельности. В большинстве стран специалисты системы здравоохранения получают квалификацию и право на занятие практической деятельностью без какой-либо специальной подготовки в области прав человека. Именно поэтому в одном из своих ранних докладов Специальный докладчик посвятил целый раздел вопросам важности совершенствования подготовки по правозащитной тематике специалистов системы здравоохранения³⁸.

Г. Заключение

48. В настоящем разделе содержится краткое описание прогресса, достигнутого движением в защиту права на здоровье в контексте прав человека за последнее десятилетие. За короткое время это движение прошло долгий путь. И хотя конца этому пути еще не видно, ключевые элементы, необходимые для дальнейшего развития движения в течение последующих лет, уже созданы.

49. Вместе с тем, на своем пути данное движение сталкивается с целым рядом серьезных препятствий, таких, как недостаточная бюджетная поддержка сектора

здравоохранения, а также сохраняющееся нежелание правительства Соединенных Штатов Америки признать экономические, социальные и культурные права, включая право на наивысший достижимый уровень здоровья, в качестве основополагающих прав человека. Когда столь влиятельное правительство, каковым является правительство Соединенных Штатов, отказывается отстаивать то или иное право человека, соответствующим учреждениям Организации Объединенных Наций гораздо сложнее обеспечивать его выполнение, даже в том случае, когда данное право фигурирует в уставе соответствующей организации.

50. В последние годы ВОЗ внесла существенный вклад в деятельность движения в защиту права на здоровье в контексте прав человека, о чем было вкратце сказано в пункте 10 настоящего доклада. К сожалению, ни государства - члены ВОЗ, ни ее секретариат не возглавили деятельность в этой области. На Всемирном саммите 2005 года было принято решение "включить поощрение и защиту прав человека во все программы системы Организации Объединенных Наций", подтверждающее важнейший элемент предложений Генерального секретаря по реформе, принятых в 1997 году³⁹. Вместе с тем этого не произошло в ВОЗ, где вопросы права на здоровье в контексте прав человека по-прежнему являются маргинальными и второстепенными, и на их цели выделяются крайне скудные ресурсы. Этот факт вызывает глубокое сожаление, поскольку права человека могут способствовать укреплению, усилению и активизации политики, программ и проектов ВОЗ и ее государств-членов. Программа работы на 2006-2015 годы, недавно принятая ВОЗ, содержит семь приоритетных областей, включая поощрение связанных со здоровьем прав. Будет интересно посмотреть, как будет выполнен этот важный пункт программы ВОЗ.

51. В настоящем разделе внимание уделяется двум взаимосвязанным проблемам: недостаточному участию авторитетных правозащитных НПО, с одной стороны, и специалистов системы здравоохранения - с другой, в деятельности движения в защиту права на здоровье в контексте прав человека. Основной целью данного раздела является выявление этих проблем, с тем чтобы попытаться совместно найти пути их возможного решения. При этом хотелось бы сделать несколько предварительных замечаний относительно тех, которые можно было принять в связи со второй проблемой, касающейся специалистов системы здравоохранения.

52. Как отмечает Специальный докладчик в своем предыдущем докладе, государства должны создать условия, обеспечивающие поддержку медицинским сообществом правозащитных подходов⁴⁰. Все органы, отвечающие за и подготовку специалистов системы здравоохранения, должны включать в учебные программы на всех профессиональных уровнях просвещение по вопросам прав человека. Национальные

ассоциации специалистов системы здравоохранения должны повышать уровень осведомленности о правах человека и стимулировать спрос на образование в области прав человека среди своих членов. Сотрудники министерств здравоохранения, а также лица, работающие в смежных секторах, должны быть осведомлены о существовании взаимодополняющих связей между здоровьем и правами человека. Национальные правозащитные учреждения должны проводить обучение по вопросам прав человека для специалистов системы здравоохранения. Образовательные правозащитные учреждения должны включать вопросы, связанные с правом на здоровье, в свои программы обучения.

53. ВОЗ призвана играть в этом отношении решающую роль. В первую очередь Секретариату надлежит определить путем расширенных консультаций с государствами-членами и другими заинтересованными участниками стратегию с изложением ее мандата, роли и приоритетных видов деятельности в области здравоохранения и прав человека, включая наращивание национального потенциала. Такая стратегия должна быть представлена руководящим органам ВОЗ и одобрена ими. Подобная стратегия создаст прочную институциональную платформу для осуществления ВОЗ своей деятельности в этой многообещающей и интересной области. В свою очередь, это повлечет за собой более систематическое применение государствами подхода, основанного на правах человека.

54. Тем же, кто глубоко и серьезно занимается правозащитной проблематикой в сфере здравоохранения, не следует преувеличивать ее вклад, в конце концов права человека не являются чудодейственным решением в их сложных проблемах в этой области. Тем не менее у прав человека есть свой конструктивный потенциал, и этот потенциал не может быть реализован без активной поддержки и участия большого количества специалистов системы здравоохранения.

III. ДЕЛА, КАСАЮЩИЕСЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ И ДРУГИХ СВЯЗАННЫХ С НИМ ПРАВ

A. Введение

55. Поскольку право на наивысший достижимый уровень здоровья является столь масштабным и сложным, важно прежде всего разъяснить сферу охвата права на здоровье и других, связанных с ним прав. Это можно сделать несколькими способами, в том числе путем изучения прецедентной практики органов, в компетенцию которых входит толкование прав человека. В этом разделе приводится подборка дел, поясняющих, каким образом различные национальные, региональные и международные судебные органы понимают значение связанных со здоровьем прав.

56. В некоторых из этих дел право на наивысший достижимый уровень здоровья толкуется либо как право на медицинское обслуживание (например, доступ к срочной медицинской помощи), либо как основополагающие факторы здоровья (например, доступ к незараженным продуктам питания). Оба эти аспекта права на здоровье очень важны. Некоторые из дел основаны на связанных со здоровьем правах (например, правом на жизнь), в которых, согласно толкованию суда, речь идет о защите здоровья. Хотя право на здоровье закреплено во многих конституциях, гораздо в большем количестве нормативно-правовых актов признаются права, связанные со здоровьем. Некоторые из этих дел имеют в своей основе как право на здоровье, так и связанные с ним права⁴¹.

57. Не опираясь на какую-либо форму подотчетности, права человека рискуют остаться лишь красивыми словами. Существует много форм подотчетности. Некоторые из них носят общий характер (например, справедливые выборы, свободная пресса), другие относятся непосредственно к правам человека (например, исследования национальных правозащитных учреждений). В то время как некоторые формы являются судебными (например, билли о правах могут быть использованы в суде), другие имеют административный характер (например, оценка последствий для прав человека). Различают национальные (например, конституционный суд) и международные (например, договорные органы по правам человека) формы подотчетности. В каждом государстве должен существовать целый ряд механизмов отчетности. Как и формы подотчетности, их соответствующие структуры также являются различными в разных государствах. Все механизмы подотчетности должны быть доступны, транспарентны и эффективны.

58. В данной главе основное внимание уделяется судебной форме подотчетности. Ограничения, действующие в рамках судебных процессов, хорошо известны. Вместе с тем, как показывают нижеприведенные дела, суды могут разъяснять значение связанных со здоровьем прав и также гарантировать более эффективное предоставление медицинских услуг частным лицам и общинам. Дела сгруппированы в соответствии с некоторыми из ключевых понятий международного права прав человека⁴².

В. Постепенное осуществление, наличие ресурсов и безотлагательные обязательства

59. Согласно международному праву прав человека и положениям некоторых национальных правовых систем право на наивысший достижимый уровень здоровья подлежит постепенному осуществлению при условии наличия ресурсов⁴³. Говоря другими словами, постепенное осуществление означает, что государства должны с

каждым годом улучшать свою практику, а наличие ресурсов предполагает, что от богатого государства ожидается больше, чем от страны с низким или средним уровнем доходов.

60. Конституция Южной Африки содержит Билль о правах, в котором признается право на доступ к медицинскому обслуживанию⁴⁴. Согласно Биллю о правах государство обязано принимать разумные меры в рамках имеющихся ресурсов с целью постепенного осуществления этого права. Дело *Министр здравоохранения против Кампании по лечению населения* касается применения "Невирапина", антиретровирусного препарата, используемого для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку⁴⁵. Применяя концепции постепенного осуществления и наличия ресурсов, Конституционный суд подтвердил, что правительство должно "принимать разумные меры для обеспечения доступа к социально-экономическим правам, установленным в Конституции, на постепенной основе", и постановил, что власти должны "разрабатывать и применять в рамках имеющихся ресурсов всеобъемлющую и скоординированную программу, направленную на постепенное признание прав беременных женщин и их новорожденных детей на доступ к медицинским услугам, связанным с предотвращением передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку". Подробнее это дело рассматривается в пункте 72.

61. Конституционный суд Южной Африки также рассмотрел вопрос о наличии ресурсов в деле *Субрамоней против министра здравоохранения провинции Квазулу-Наталь*⁴⁶. Заявитель страдал от хронической почечной недостаточности и нуждался в регулярном гемодиализе. Его заболевание было признано неизлечимым. Вначале он был в состоянии оплачивать лечение в частной клинике, но вскоре у него закончились деньги и он обратился за помощью в государственную клинику. Из-за нехватки средств данное лечебное учреждение не имело возможности обеспечить диализом всех пациентов. С целью решения данной проблемы в клинике были приняты соответствующая политика и принципы, определяющие контингент пациентов, имеющих доступ к диализу. Только пациенты с острой почечной недостаточностью, излечимой с помощью диализа, автоматически получали доступ к данному лечению. Основным требованием для получения доступа к диализу пациентов с хронической формой почечной недостаточности было их состояние, позволяющее произвести операцию по пересадке почки. Пациентам, одновременно страдающим серьезными заболеваниями сосудов или сердца, в такой операции было отказано. Состояние здоровья г-на Субрамоней не удовлетворяло требованиям клиники для получения диализа.

62. Билль о правах гласит: "Никому не может быть отказано в неотложной медицинской помощи"⁴⁷. Нарушило ли руководство клиники данное положение в случае г-на Субрамоней? Суд не признал факта нарушения, поскольку пациент не нуждался в

"неотложной медицинской помощи," так как его состояние не было результатом чрезвычайных обстоятельств; скорее оно представляло собой "хронический процесс". Как уже отмечалось в деле *Кампани по лечению населения*, Билль о правах также включает право на доступ к медицинскому обслуживанию, что требует от государства принятия разумных мер в рамках имеющихся ресурсов с целью постепенного осуществления этого права человека. В деле *Субрамоня* Конституционный суд постановил, что политика и принципы клиники были разумными и применялись справедливо и что отказ в предоставлении медицинских услуг в данном случае не был нарушением Билля о правах.

63. Хотя многие элементы права на наивысший достижимый уровень здоровья подлежат постепенному осуществлению при условии наличия ресурсов, это право также влечет за собой некоторые обязательства безотлагательного характера, которые не подпадают под указанные условия. Принцип равенства женщин и мужчин, например, не подлежит постепенному осуществлению и не требует наличия ресурсов. Государство не вправе отказываться от предоставления равных услуг женщинам и мужчинам, ссылаясь на нехватку ресурсов и утверждая, что в настоящее время оно намерено уделить приоритетное внимание мужчинам, а затем через несколько лет постепенно, после изыскания необходимых финансовых средств, обеспечить предоставление этих же услуг женщинам. Как показывает следующее дело, некоторые суды выносили решения о том, что другие элементы права на здоровье также влекут за собой обязательства безотлагательного характера и не подпадают под принцип постепенного осуществления и наличия ресурсов.

64. В деле *Пашиш Банга Кхет Маздур Самити против штата Западный Бенгали* Верховный суд Индии постановил, что финансовые трудности не могут служить оправданием для неисполнения правительством обязанности по предоставлению неотложной медицинской помощи⁴⁸. В указанном деле заявитель выпал из поезда и получил серьезную травму головы. Его доставляли в несколько государственных клиник, но ни в одной из них ему не была оказана медицинская помощь в связи с отсутствием свободных мест, а также отделений травматологии и неврологии. Вопрос, который предстояло решить суду, заключался в том, являются ли неадекватные возможности предоставления неотложной медицинской помощи нарушением права на жизнь.

65. Суд пришел к выводу, что обеспечение адекватных возможностей для предоставления неотложной медицинской помощи является обязанностью государства. Суд потребовал от государства принять меры к оснащению первичных медицинских учреждений необходимым оборудованием для предоставления неотложной помощи в экстренных случаях и при наличии серьезных травм. Кроме того, Суд потребовал от

государства увеличить количество специализированных и районных больниц в стране, располагающих возможностями для лечения серьезных травм, и создать централизованную систему связи между всеми государственными больницами, с тем чтобы обеспечить немедленную транспортировку пациента в медицинское учреждение, где имеются свободные места. Суд признал, что для обеспечения медицинских учреждений всем необходимым требуются существенные финансовые затраты. Вместе с тем он постановил, что "ограниченные финансовые возможности не освобождают государство от этой конституционной обязанности".

66. В заключительной части настоящего раздела Специальный докладчик хотел бы сделать два замечания. Во-первых, постепенное осуществление не означает, что государство вольно принимать любые меры, которые в целом ориентированы в нужном направлении. Государства несут юридическую обязанность принимать "осознанные, конкретные и целенаправленные" меры по осуществлению всеобщего права на здоровье⁴⁹. Исследования и накопленный опыт в области здравоохранения подтверждают, что некоторые меры являются более эффективными, чем другие. Государства обязаны принимать те меры, которые являются для них наиболее доступными.

67. Во-вторых, дело *Самити* подтверждает, что существуют связанные со здоровьем права, влекущие за собой возникновение обязательств безотлагательного характера, не зависящих от наличия ресурсов. Необходимо сделать еще очень многое для разъяснения того, в чем именно заключаются эти безотлагательные обязательства в контексте права на здоровье. Вместе с тем, если правительство государства с низким уровнем доходов не имеет достаточных ресурсов для выполнения своих безотлагательных обязательств в области здравоохранения, оно вправе полагаться на тех, кто в состоянии оказать помощь, претендовать на получение международной помощи и содействия, которые позволят данному правительству выполнить свои неотложные обязательства⁵⁰.

С. Наличие, доступность, приемлемость и высокое качество

68. Медицинские учреждения, товары и услуги должны иметься в наличии, быть доступными, приемлемыми и иметь надлежащее качество, как об этом свидетельствуют следующие дела⁵¹. Четкое практическое применение этих требований – наличия, доступности и т.д. – может быть различным в разных государствах, завися, например, от наличия ресурсов.

1. Наличие

69. Право на здоровье требует наличия в государстве достаточного количества функционирующих медицинских учреждений, товаров и услуг.

70. В деле *Мариела Висеконте против Министерства здравоохранения и социального обеспечения* Мариела Висеконте и Национальный уполномоченный по правам человека обратились в суд с просьбой обязать правительство Аргентины принять профилактические меры против геморрагической лихорадки, угрожающей 3,5 млн. людей⁵². В частности, они просили суд обязать государство обеспечить выпуск сертифицированной ВОЗ вакцины ("Кандид-1") для предотвращения эпидемии геморрагической лихорадки в Аргентине. Согласно решению суда, правительство обязано обеспечить предоставление медицинских услуг в ситуации, когда существующая система здравоохранения, включая частный сектор, не обеспечивает достаточной защиты здоровья граждан. В свете того что положения международных договоров, признающие право на здоровье, инкорпорированы в Конституцию, суд решил, что государство не выполнило "своего обязательства по обеспечению наличия вакцины "Кандид-1". Поскольку частный сектор счел производство вакцины нерентабельным, суд постановил, что этим должно заняться государство.

2. Доступность

71. Право на здоровье налагает на государство обязательство обеспечить, чтобы медицинские учреждения, товары и услуги были доступным каждому человеку, находящемуся под его юрисдикцией. В этом контексте доступность имеет четыре главных аспекта: учреждения, товары и услуги должны быть физически доступными; экономически доступными (т.е. быть по средствам); и быть доступными без дискриминации; доступной должна быть и информация в сфере здравоохранения⁵³.

72. В деле *Министр здравоохранения против Кампании по лечению населения*, помимо вопроса о наличии ресурсов и постепенном осуществлении (см. пункт 60), Конституционный суд Южной Африки также рассмотрел вопрос о том, является ли "Невирапин" доступным⁵⁴. Правительство обеспечивало "Невирапином" только два научно-исследовательских и образовательных центра в каждой провинции. Препарат можно было также приобрести у частных поставщиков лекарств. В результате этого матери и новорожденные дети, не имеющие доступа к этим научно-исследовательским и образовательным центрам и средств воспользоваться услугами частной медицины, были не в состоянии приобрести данный препарат. Правительство возразило, что "до разработки оптимальных программ и обеспечения необходимых финансовых ресурсов и

инфраструктуры данный препарат не должен предоставляться женщинам и детям, не имеющим доступа к научно-исследовательским и образовательным центрам". Однако суд постановил, что ограниченная поставка государством "Невирапина" была необоснованной. Он потребовал от правительства незамедлительно обеспечить данным препаратом среди прочего государственные больницы и клиники, где такой препарат необходим по медицинским показаниям⁵⁵.

73. Государства должны принимать разумные меры по расширению доступа к информации медицинского характера, в том числе инвалидов. В канадском деле *Элдридж против Британской Колумбии* группа заявителей с нарушениями слуха обжаловала отсутствие сурдопереводчиков в системе государственного здравоохранения⁵⁶. Верховный суд постановил, что власти провинций обязаны в соответствии с Канадской хартией прав и свобод учитывать потребности находящихся в неблагоприятном положении групп населения, включая инвалидов. Суд постановил, что заявители имели право на услуги финансируемых за счет государства сурдопереводчиков при получении медицинского обслуживания и что непредоставление властями заявителям возможностей также воспользоваться системой медицинского обслуживания на провинциальном уровне может быть приравнено к дискриминации.

3. Приемлемость

74. Право на здоровье требует, чтобы все медицинские учреждения, товары и услуги обеспечивались с учетом принципов медицинской этики, таких, как требование осознанного согласия, и были культурно приемлемыми. В деле *Андреа Сийарто против Венгрии* венгерская женщина из числа рома утверждала, что она была подвергнута принудительной стерилизации⁵⁷. В 2000 году ее доставили в больницу с родовыми схватками. После обследования было установлено, что плод погиб и срочно необходимо сделать кесарево сечение. Уже на операционном столе ей предложили подписать формуляр, подтверждающий ее согласие на проведение кесарева сечения, а также едва разборчивую приписку, написанную от руки врачом, дающую согласие на стерилизацию. Приписка о стерилизации была написана на языке, который она не понимала. В своем обращении в Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин она утверждала, что действия врачей нарушили ее право на получение надлежащего медицинского обслуживания, а также ее право свободно и ответственно решать вопрос о количестве детей и сроках их рождения. Комитет постановил, что венгерские власти не предоставили Андреа надлежащей информации и консультаций по вопросам планирования семьи и не обеспечили получения от нее осознанного согласия на операцию, и рекомендовал правительству предоставить заявителю соответствующую компенсацию.

4. Высокое качество

75. Медицинские учреждения, товары и услуги должны иметь высокое качество и отвечать научным и медицинским требованиям. Верховный суд Бангладеш рассмотрел вопрос о соблюдении этого требования в деле *Др. Мохиуддин Фарук против Бангладеш*⁵⁸. Др. Фарук обжаловал непринятие властями эффективных мер в связи с импортом большой партии сухого обезжиренного молока с содержанием радиоактивного вещества. Суд постановил, что зараженное сухое молоко представляло угрозу для здоровья и, следовательно, его использование могло повлечь за собой нарушение права на жизнь, предусмотренного Конституцией Бангладеш⁵⁹. Проанализировав конституционное положение, обязывающее государство повышать качество здоровья и питания⁶⁰, суд включил в интерпретацию права на жизнь, среди прочего, "охрану здоровья и нормальной продолжительности жизни людей". Суд обязал правительство произвести оценку уровня радиации указанной партии товара.

76. Завершая настоящий раздел, Специальный докладчик хотел бы сделать два замечания. Во-первых, стоит напомнить, что некоторые из требований, содержащиеся в предыдущих пунктах, должны пониматься в контексте наличия ресурсов. Право на здоровье требует, чтобы в странах с высоким уровнем доходов обеспечивался более свободный доступ к более широкому кругу лекарственных препаратов, чем в странах с низкими доходами. В Канаде должны предоставляться услуги сурдопереводчиков для глухих (дело *Элдридж*), тогда как в государстве с низким уровнем доходов приемлемыми будут и менее дорогостоящие меры в интересах инвалидов. Во-вторых, не все элементы права на здоровье требуют большого объема ресурсов. В деле *Сийарто* речь шла о достойном обращении, в деле *Фарука* требовался контроль за качеством импортируемых продуктов питания, дело *К.Л. против Перу* (см. следующий раздел) можно было разрешить при помощи соответствующих руководящих принципов и т.д. Даже при наличии весьма ограниченных ресурсов государства могут сделать многое для реализации права на наивысший достижимый уровень здоровья.

D. Обязанность уважать, защищать и осуществлять

77. Государства несут обязанность по уважению, защите и осуществлению прав человека. Таким образом, государства обязаны уважать, защищать и осуществлять право на наивысший достижимый уровень здоровья⁶¹.

1. Уважение

78. Обязанность уважать требует от государств воздерживаться от отказа в предоставлении или ограничении равного доступа для всех лиц, включая заключенных, представителей меньшинств, просителей убежища и нелегальных иммигрантов, к профилактическим, лечебным и паллиативным услугам в сфере здравоохранения⁶².

79. Дело *Д. против Соединенного Королевства* касается предполагаемой депортации британскими властями человека, умирающего от СПИДа, в страну его происхождения Сент-Киттс⁶³. У Д. была обнаружена ВИЧ-инфекция, когда он находился в британской тюрьме. Он ходатайствовал о разрешении остаться в Соединенном Королевстве после окончания срока тюремного заключения из соображений сострадания. Его депортация в Сент-Киттс повлекла бы за собой прекращение медицинского лечения. Европейский суд по правам человека постановил, что "резкое прекращение медицинского лечения, вызванное депортацией Д. в Сент-Киттс, подвергнет его реальной опасности умереть в сильных страданиях, и, таким образом, будет равнозначно бесчеловечному отношению"⁶⁴. Суд постановил, что Д. не должен быть депортирован⁶⁵.

80. Дело *К.Л. против Перу* касалось 17-летней перуанки, которой было отказано в аборте по медицинским показаниям⁶⁶. Когда К.Л. находилась на 14-ой неделе беременности, врачи в государственной больнице в Лиме диагностировали, что она носит анэнцефальный плод и что в случае продолжения беременности это может представлять угрозу ее жизни. В соответствии с Уголовным кодексом Перу аборт по медицинским показаниям допускается в случаях, когда это необходимо для спасения жизни или здоровья женщины. Однако директор больницы отказал К.Л. в производстве аборта. Она была вынуждена выносить плод и впоследствии кормить новорожденного грудью вплоть до его неизбежной смерти через несколько дней. Согласно утверждениям К.Л., отсутствие реакции со стороны перуанских властей на отказ медицинских работников выполнить положение законодательства, допускающее производство аборта по медицинским показаниям, явилось нарушением Международного пакта о гражданских и политических правах. Комитет по правам человека пришел к выводу о том, что, не удовлетворив просьбу заявителя о производстве аборта в соответствии с Уголовным кодексом Перу, правительство нарушило свои обязательства, предусмотренные Пактом⁶⁷. Комитет постановил, в частности, что правительству следует принять меры для предупреждения аналогичных нарушений в будущем. Специальный докладчик добавляет, что одним из путей выполнения правительством своих обязательств в соответствии с Уголовным кодексом является предоставление работникам сферы здравоохранения четких и надлежащих руководящих принципов, разъясняющих, в каких случаях аборт по медицинским показаниям является законным и должен быть произведен.

81. В деле *Яномами против Бразилии* заявители обжаловали строительство высокоскоростной магистрали и эксплуатацию ресурсов на их традиционных землях, а также факт причинения ущерба окружающей среде и их традиционному образу жизни в нарушение Американской декларации прав и обязанностей человека⁶⁸. Согласно их утверждению, строительство дороги вынудило их переселиться со своих родовых земель, и многие из них умерли от гриппа, туберкулеза, кори, венерических заболеваний и других эпидемий, вызванных указанными работами. Межамериканская комиссия по правам человека установила наличие связи между качеством окружающей среды и правом на жизнь и пришла к выводу, что неспособность правительства предоставить племени яномами альтернативное место проживания может быть приравнено к нарушению их права на жизнь, свободу и личную безопасность. Комиссия рекомендовала правительству Бразилии продолжать принимать профилактические и лечебные меры с целью защиты жизни и здоровья индейцев, страдающих от инфекционных или заразных заболеваний.

2. Защита

82. Обязательство защищать требует от государств принятия мер для недопущения посягательств третьими сторонами (например, частными компаниями) на право на наивысший достижимый уровень здоровья⁶⁹.

83. В деле *Муниципальный совет Ратлама против Варди Чанда* Верховный суд Индии постановил, что муниципальные власти были обязаны обеспечивать охрану окружающей среды в интересах общественного здоровья⁷⁰. Суд пришел к выводу о том, что "загрязняющие вещества, выбрасываемые крупными предприятиями,.. представляют угрозу социальной справедливости, являющейся компонентом принципа верховенства права". Суд постановил, что сохранение общественного здоровья, основанного на чести и достоинстве личности, бесспорно является аспектом прав человека, требующим действий со стороны государства.

84. Еще одним делом, имеющим отношение к вопросам окружающей среды, является дело *Центр действий по осуществлению социальных и экономических прав и Центр по экономическим и социальным правам против Нигерии*⁷¹. Члены общины огони в Нигерии утверждали, что военное правительство нарушило их права на здоровье и окружающую среду, а также ряд других прав человека, содействуя деятельности нефтяных компаний в Огониленде. Согласно утверждениям заявителей, деятельность нефтяного консорциума, включающего нигерийскую компанию "Нэшнл петролиум компани" и корпорацию "Шелл петролеум девелопмент корпорейшн", привела к загрязнению окружающей среды, что в свою очередь обусловило возникновение у народа огони серьезных и масштабных

проблем со здоровьем. Африканская комиссия по правам человека и народов пришла к выводу о том, что огони стали жертвами нарушений ряда их прав, включая право на здоровье и здоровую окружающую среду, вследствие непринятия правительством мер по предотвращению загрязнения и ухудшения состояния окружающей среды. Комиссия установила, что правительство не осуществило надлежащего регулирования и контроля за деятельностью нефтяного консорциума. Комиссия вынесла ряд предписаний, касающихся, например, проведения экологической и социальной оценки последствий деятельности консорциума и обеспечения доступности медицинской и экологической информации.

3. Осуществление

85. Обязанность осуществлять требует от государств принятия надлежащих законодательных, административных, бюджетных, судебных и других мер в целях полной реализации права на здоровье⁷².

86. В деле *Пурохит и Мур против Гамбии* защитники пациентов психиатрических клиник стали свидетелями бесчеловечного обращения с пациентами в психиатрическом отделении больницы "Роял Виктория хоспитал" в Гамбии⁷³. Они подали жалобу в Африканскую комиссию по правам человека и народов от имени пациентов данного отделения. Основным законодательным актом, регулирующим вопросы психического здоровья в Гамбии, является Закон о содержании душевнобольных 1917 года. В жалобе указывалось, что с точки зрения прав человека, этот колониальный закон имеет множество пробелов. Комиссия постановила, что "в законодательстве отсутствуют положения, касающиеся терапевтических целей; оно также является неадекватным с точки зрения обеспечения лечения тех психически больных лиц, на которые распространяются "соответствующие средства и программы". Комиссия потребовала от правительства как можно скорее заменить действующий Закон о содержании душевнобольных новым нормативно-правовым актом, регулирующим вопросы психического здоровья, который соответствовал бы Африканской хартии о правах человека и народов, а также более конкретным международным стандартам по защите инвалидов.

Е. Заключение

87. Все эти дела демонстрируют необходимость соблюдения принципа подотчетности. Без этого государство могло бы сослаться на принцип постепенного осуществления и нехватки ресурсов в качестве оправдания своего практического бездействия или удовлетворять потребности тех заинтересованных групп, которые громче других этого

требуют. Независимые, эффективные и доступные механизмы подотчетности побуждают государство объяснять, что оно делает и почему и насколько оперативно и эффективно оно продвигается к цели осуществления права на здоровье для всех.

88. Суды, как правило, крайне неохотно вмешиваются в эти вопросы. Они предпочитают все это оставлять на усмотрение государства. Они хорошо научились примирять разные интересы принципиальным, но прагматичным по сути способом: в деле *Кампании по лечению населения* Конституционный суд постановил, что правительство не предприняло всех разумно возможных мер, в то время как в деле *Собрамонея* тот же суд предпочел не вмешиваться, отговорившись тем, что клиника проводила справедливую политику. Опираясь на соответствующее законодательство, суды могут обеспечить, чтобы интересам малоимущих и находящихся в неблагоприятном положении слоев населения, столь часто игнорируемых, уделялось должное внимание. В соответствующих делах на них лежит важнейшая обязанность заявить, что государство могло бы действовать лучше, и потребовать от него принятия новых более эффективных мер. Конечно, суды не являются панацеей; например, иногда власти слишком медленно выполняют решения судов. Тем не менее, являясь одной из форм подотчетности, суды призваны играть важную роль в деле поощрения и защиты связанных со здоровьем прав.

89. Хотя данный раздел содержит лишь несколько из многих дел, связанных с осуществлением права на здоровье и рассмотренных в последние годы, в начале 2007 года ВОЗ при поддержке Института по правам человека Университета Эмори в Соединенных Штатах приступит к подготовке базы данных, которая будет включать информацию о многих национальных и международных делах, касающихся права на здоровье⁷⁴.

IV. ВЫВОДЫ

90. В 2006 году Специальный докладчик пояснил Совету по правам человека, что, работая в тесном сотрудничестве с другими, он надеется располагать достаточными средствами для того, чтобы определить и изучить ключевые элементы системы здравоохранения, отражающие международно признанное право людей на здоровье (см. E/CN.4/2006/48, пункт 21). В ходе интерактивного диалога, последовавшего за представлением его доклада, Специального докладчика призвали продолжить разработку этой идеи. Хотя данная проблематика является крайне перспективной, а его средства в такой же степени ограничены, Специальный докладчик пытается удовлетворить этим интересам, начав исследовать этот сложный вопрос.

91. Право на наивысший достижимый уровень здоровья 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 (см. там же, пункт 4). Вместе с тем, если рассматривать систему здравоохранения с точки зрения прав человека, наличие каких ключевых элементов необходимо? Например, с точки зрения прав человека, система здравоохранения должна включать адекватную систему сбора информации об охране здоровья; в противном случае государства или любая другая заинтересованная сторона не сможет контролировать постепенное осуществление права на здоровье. Кроме того, данные должны быть представлены в разбивке по различным признакам, таким, как пол, возраст и проживание в городской/сельской местности, иначе будет невозможно контролировать постепенное осуществление права на здоровье в отношении уязвимых групп населения, таких, как женщины, дети и лица, проживающие в отдаленных сельских общинах (см. там же, пункт 49 b)).

92. Кроме того, с точки зрения права на здоровье, система здравоохранения должна задействовать национальный потенциал для подготовки достаточного количества квалифицированных медицинских работников и создания для них благоприятных условий труда; процедуру подготовки оценок последствий для осуществления права на здоровье до окончательного принятия масштабных стратегий в сфере здравоохранения; принимать меры, обеспечивающие участие, насколько это возможно, всех слоев населения в разработке такой политики; использовать эффективные, транспарентные и доступные механизмы отчетности и т.д.

93. Это лишь некоторые из вопросов, которые Специальный докладчик начинает исследовать с целью выявления ряда основных особенностей системы здравоохранения с точки зрения прав человека. Он призывает всех оказывать ему поддержку и сотрудничать с ним в этом важнейшем деле и надеется, что у него будет возможность представлять Совету доклады по мере выполнения им своей работы.

Приложение

ПРИМЕЧАНИЯ К ДОКЛАДУ

¹ In the framework of his mandate, the Special Rapporteur also participated in a range of additional meetings and workshops between September and December 2006. For example, he participated as an instructor on the course "Monitoreando el Derecho a la Salud en América Latina", held in Lima, Peru, and organized by EdhucaSalud and the International Federation of Health and Human Rights Organizations (IFHHRO). He was also a keynote speaker at the conference, "Exclusión y Derecho a la Salud: La Función de los Profesionales de la Salud", which was also organized by EdhucaSalud and IFHHRO and held in Lima. Whilst in Peru, he co-organized an informal consultation on maternal mortality and human rights, together with CARE; CARE Peru; the Averting Maternal Death and Disability Program, Mailman School of Public Health; and the Human Rights Centre, University of Essex. He presented a paper at the conference, "Welfare Rights: in Theory and Practice", held at Oxford University. He spoke at the Annual Meeting of the American Public Health Association on "Human Rights and Public Health: At the Crossroads". He participated at a meeting on population and the Millennium Development Goals organized by the London School of Hygiene and Tropical Medicine and the Population and Sustainability Network. The Special Rapporteur also spoke at a seminar in Belfast organized by the Participation and the Practice of Rights Project, on "Making and Measuring Change-A Human Rights Based Approach to Health". He also participated in a conference in Cairo organized by the Egyptian National Council on Human Rights on "The Right to Development: 20 Years After, What's Next?".

² For an early examination of the linkages between human rights and HIV/AIDS see K. Tomasevski, S. Gruskin, Z. Lazzarini and A. Hendricks, "AIDS and Human Rights" in J. Mann, D. Tarantola and T. Netter (eds), *AIDS in the World*, Harvard University Press, 1992, pp. 538-573.

³ It remains to be seen whether or not the new Government, established in mid-2006, maintains this commitment.

⁴ *Shared Responsibility: Sweden's Policy for Global Development*, Government Bill 2002/03:122.

⁵ In an especially welcome development, a few WHO country offices have appointed Health and Human Rights Officers.

⁶ For more on WHO, see the Conclusion to this chapter.

⁷ Recent contributions to the academic literature include S. Gruskin, M. Grodin, G. Annas, S. Marks (eds), *Perspectives on Health and Human Rights*, 2006; A. Yamin, *The Future in the Mirror: Incorporating Strategies for the Defence and Promotion of Economic, Social and Cultural Rights into the Mainstream Human Rights Agenda*, 27 (4) Human Rights Quarterly 2005; J. Ruger, *Towards a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Arguments*, 18 Yale Journal of Law and the Humanities 2006.

⁸ For example, see CARE Peru's project *Improving Health for the Poor: A Human Rights Approach*, <http://www.care.org/careswork/projects/PER097.asp>.

⁹ J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, 2004.

¹⁰ Amnesty International, *Human Rights for Human Dignity: a Primer on Economic, Social and Cultural Rights*, 2005, p. 5.

¹¹ In 2006, for example, Amnesty published a study on maternal and infant health in Peru, drawing upon the right to the highest attainable standard of health, *Perú: Mujeres pobres y excluidas: le negación del derecho a la salud materno-infantil*, 2006.

¹² See <http://phmovement.org/>.

¹³ Committee on the Rights of the Child, general comments Nos. 3 and 4; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation No. 24.

¹⁴ 13 September 2006, A/61/338.

¹⁵ 8 October 2004, A/59/422.

¹⁶ 10 February 2005, E/CN.4/2005/51.

¹⁷ 4 January 2005, E/CN.4/2005/51/Add.2; 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3; 19 January 2006, E/CN.4/2006/48/Add.2; 21 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.4. At the time of writing, the report on Sweden has not yet been assigned a UN document number.

¹⁸ 16 February 2004, E/CN.4/2004/49.

¹⁹ 19 January 2006, E/CN.4/2006/48/Add.2.

- ²⁰ 12 September 2005, A/60/348.
- ²¹ 4 January 2005, E/CN.4/2005/51/Add.2.
- ²² Committee on Economic Social and Cultural Rights (CESCR), general comment No. 14, para. 27.
- ²³ 8 October 2004, A/59/422.
- ²⁴ 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3. At the time of writing, the report on Sweden has not yet been assigned a UN document number.
- ²⁵ 1 March 2004, E/CN.4/2004/49/Add.1.
- ²⁶ 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3; Press Release: US-Peru Free Trade, 13 July 2005 and 5 July 2004, available at www.unhchr.ch.
- ²⁷ 10 February 2005, E/CN.4/2005/51.
- ²⁸ 13 February 2003, E/CN.4/2003/58, para 8.
- ²⁹ 3 March 2006, E/CN.4/2006/48.
- ³⁰ Gillian MacNaughton and Paul Hunt, *Impact Assessments, Poverty and Human Rights: A Case Study Using the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, 2006, available at http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/.
- ³¹ 13 September 2006, A/61/338.
- ³² Amnesty International, *Facts and Figures on the Death Penalty*. <http://web.amnesty.org/pages/deathpenalty-facts-eng>.
- ³³ 27 December 2005, E/CN.4/2006/56, para. 9.
- ³⁴ Such as the Inter-American Convention on Forced Disappearance of Persons (1994).
- ³⁵ Launched in December 2005, the Leaders' Call to Action can be accessed at <http://www.realizingrights.org>.
- ³⁶ At least in the short term.
- ³⁷ As the International Labour Organization has chosen to do.

38 12 September 2005, A/60/348.

39 2005 World Summit Outcome, A/RES/60/1, para. 126.

40 See 12 September 2005, A/60/348.

41 Some of the cases raise issues that go beyond health. This chapter, however, is confined to the health dimensions of the cases.

42 Some cases could properly be located in more than one group. For example, *Samity* is not only an example of a case that gives rise to immediate obligations, it also illustrates how States have a duty to make health services available.

43 See, for example, article 2 (1) ICESCR and article 27 (2) Constitution of South Africa.

44 Constitution of South Africa, 1996, art. 27.

45 CCT 8/02, full judgment available at http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf.

46 1998 (1) SA 765 (CC), full judgement available at http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/Soobramoney.pdf.

47 In accordance with section 27 (3) of the South African Constitution, 1996.

48 1996 SCJ 25, p. 29.

49 CESCR, general comment No. 3, para. 2, and general comment No. 14, para. 30.

50 CESCR, general comment No. 14, para 45; Poverty Statement adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on 10 May 2001, E/C.12/2001/10; A. Chapman and S. Russell (eds), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2002.

51 CESCR, general comment No. 14, para. 12.

52 Case No. 31.777/96 (1998), For a further discussion of the case see Abramovich "Argentina: The Right to Medicines" in *Litigating Economic, Social and Cultural Rights: Achievements, Challenges and Strategies* (COHRE 2003).

53 Subject to the confidentiality of personal health data.

54 CCT 8/02, full judgement available at http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf.

⁵⁵ *AIDS Access Foundation v. Bristol-Myers Squibb* is another case on economic access. The AIDS Access Foundation, and two patients living with AIDS, alleged that Bristol-Myers Squibb and the Thai Department of Intellectual Property had "conspired to intentionally delete" the dose restriction in a patent application for didanosine. They argued that this could have the effect of restricting access to this particular HIV treatment. In its judgement, the Thai Central Intellectual Property and International Trade Court ruled that, because pharmaceutical patents may lead to high prices that limit access to medicines, patients may challenge their legality. The Court asserted the primacy of human life in trade agreements, as recognized internationally by the Doha Declaration on Trade-related Intellectual Property Rights (TRIPS) and Public Health. The Court held that the TRIPS agreement must be: "interpreted and implemented so as to promote the rights of members to protect public health, especially the promotion and support of access to medicines". The Court also held that "lack of access to medicines due to high prices prejudices the human rights of patients to proper medical treatment". Tor Por 34/2544, full judgement available at <http://www.cptech.org/ip/health/c/thailand/>; see also www.msf.org.

⁵⁶ [1997] 3 S.C.R. 624, full judgement available at <http://www.canlii.org/ca/cas/scc/1997/1997scc89.html>.

⁵⁷ Communication No. 4/2004, UN Doc. CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006), full judgement available at <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/decisions-views/Decision%204-2004%20-%20English.pdf>.

⁵⁸ 48 DLR (1996) HCD 438.

⁵⁹ Constitution of Bangladesh, 1972, article 32.

⁶⁰ Constitution of Bangladesh, article 18.

⁶¹ CESCR, general comment No. 14, paras. 34-37. There is an overlap between, on the one hand, respect, protect and fulfil and, on the other hand, the requirement that health services etc., are available, accessible, acceptable and of good quality.

⁶² CESCR, general comment No. 14, para. 34.

⁶³ 24 EHRR 423, full judgement available at www.echr.coe.int. On the duty to respect see also the case of *Andrea Szijarto v. Hungary*, discussed in paragraph 75.

⁶⁴ *D. v. United Kingdom*, 24 EHRR 423, para. 53.

⁶⁵ In some more recent decisions, the Court has held that deporting people living with HIV/AIDS to countries where they may not be able to receive treatment may not amount to a violation of the European Convention if their illness has not reached an advanced stage, e.g. *Henao v. The Netherlands*, Application No. 13669/03, 24 June 2003.

⁶⁶ *Karen Noelia Llantoy Huamán v. Peru*, communication No. 1153/2003, UN Doc. CPR/C/85/D/1153/2003 (2005), full judgement available at <http://www1.umn.edu/humanrts/undocs/1153-2003.html>, see also www.crlp.org.

⁶⁷ The Committee found a violation of articles 2, 7, 17 and 24 of ICCPR.

⁶⁸ Resolution No. 10/85, case No. 7615 (1985), full judgement available at <http://www.cidh.org/Indigenas/Annex1.htm>.

⁶⁹ CESCR, general comment No. 14, para. 33.

⁷⁰ A.I.R. 1980 S.C. 1622.

⁷¹ Communication No. 155/96 (2001) <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/comcases/155-96b.html>. This case is on the borderline between "respect" and "protect". To the extent that the oil consortium was an arm of the State, it is a "respect" case. To the extent that the oil consortium was a private entity insufficiently regulated by the State, it is a "protect" case. Whether "respect" or "protect", the key point is that the Commission found that the State was responsible for breaches of health-related rights.

⁷² CESCR, general comment No. 14, para. 33.

⁷³ Communication No. 241/2001 (2003), available at <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/comcases/241-2001.html>; see also COHRE, "Housing and ESC Rights Law", 2004, p. 4.

⁷⁴ The database will be located at <http://www.who.int/hhr/databases/en/>. It will also include information about relevant international human rights instruments and national Constitutions bearing upon the right to health. For an excellent summary of national jurisprudence on access to medicines see Hogerzeil, H. et al., "Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts?", *Lancet*, 2006. COHRE and Interights also have excellent collections of the growing jurisprudence on economic, social and cultural rights, see www.cohre.org and www.interights.org.
