



## Генеральная Ассамблея

Distr.: General  
2 July 2012  
Russian  
Original: English

---

### Совет по правам человека

Двадцать первая сессия

Пункты 2 и 3 повестки дня

Ежегодный доклад Верховного комиссара

Организации Объединенных Наций

по правам человека и доклады Управления

Верховного комиссара и Генерального секретаря

Поощрение и защита всех прав человека,  
гражданских, политических, экономических,  
социальных и культурных прав,  
включая право на развитие

### **Техническое руководство по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости**

**Доклад Управления Верховного комиссара по правам человека**

#### *Резюме*

В настоящем докладе содержится краткое техническое руководство, подготовленное в соответствии с просьбой Совета по правам человека, содержащейся в его резолюции 18/2. Настоящий доклад имеет целью оказание помощи разработчикам политики в деле улучшения охраны здоровья женщин и их прав, и с этой целью в нем даются рекомендации по выработке политики и программ, направленных на снижение материнской заболеваемости и смертности в соответствии с правозащитными нормами. Особое внимание в докладе уделяется связанным с правами человека последствиям для многочисленных сторон, участвующих в цикле выработки политики, осуществления и проведения обзоров, а также необходимости надежных механизмов исполнения и международной помощи и сотрудничества.

## Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение .....	1–7	3
II. Общие принципы .....	8–23	4
III. Планирование и составление бюджета .....	24–52	8
A. Планирование .....	26–43	9
B. Составление бюджета.....	44–52	12
IV. Обеспечение осуществления на практике .....	53–66	14
A. Пример выявленной проблемы: женщины поздно обращаются или не обращаются за помощью в случае экстренной необходимости акушерской помощи .....	56–58	15
B. Пример выявленной проблемы: для девочек-подростков несоразмерно высоки показатели материнской смертности и заболеваемости .....	59–66	16
V. Подотчетность .....	67–80	18
A. Мониторинг .....	69–73	19
B. Формы обзора и контроля .....	74–75	21
C. Средства правовой защиты .....	76–80	23
VI. Международная помощь и сотрудничество .....	81–90	24

## I. Введение

1. В своей резолюции 18/2 Совет по правам человека просил Управление Верховного комиссара по правам человека (УВКПЧ) в сотрудничестве с заинтересованными учреждениями Организации Объединенных Наций и другими экспертами подготовить краткое техническое руководство по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, и представить это техническое руководство Совету на его двадцать первой сессии.

2. В 2011 году УВКПЧ направило всем государствам и международным организациям вербальную ноту с просьбой представить информацию об имеющихся технических пособиях, касающихся прав человека и материнской смертности и заболеваемости<sup>1</sup>. При подготовке настоящего доклада использовались теоретические исследования, а также ответы на вербальную ноту, результаты тесного сотрудничества с учреждениями Организации Объединенных Наций, научными учреждениями и организациями гражданского общества, занимающимися вопросами материнской смертности и заболеваемости, а также проведенные группой экспертов консультации и консультации с общественностью.

3. Материнская смертность и заболеваемость остаются страшным бичом для женщин во многих странах мира, особенно для неимущих женщин. В 2010 году<sup>2</sup> по этой причине погибло приблизительно 287 000 женщин и 10-15 млн. женщин страдают от серьезных осложнений, которые крайне пагубно сказываются на их благополучии. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от 88% до 98% случаев материнской смертности являются предотвратимыми<sup>3</sup>.

4. Пятая цель развития на тысячелетие предусматривает сокращение уровня материнской смертности на 75% по сравнению с уровнем 1990 года и обеспечение универсального доступа к репродуктивному здоровью к 2015 году, однако в ее достижении наблюдается самое большое отставание<sup>4</sup>. На пленарном заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи, посвященном целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия, которое состоялось в 2010 году, Генеральный секретарь провозгласил Глобальную стратегию по охране здоровья женщин и детей для скорейшего достижения прогресса. В результате осуществления Глобальной стратегии была создана комиссия по информации и подотчетности; эта комиссия подготовила доклад, в котором признается центральное место прав человека в деле достижения прогресса, а также сформулировала десять рекомендаций, осуществлению которых может способствовать пособие, содержащееся в настоящем докладе<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Все полученные материалы имеются на вебсайте УВКПЧ [www2.ohchr.org/english/issues/women/](http://www2.ohchr.org/english/issues/women/).

<sup>2</sup> Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates, 2012. Имеется на вебсайте [www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf).

<sup>3</sup> WHO, "Maternal mortality: helping women off the road to death", *WHO Chronicle*, vol. 40, 196, pp. 175–183.

<sup>4</sup> A/64/665, пункт 30.

<sup>5</sup> Комиссия по информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей, *Соблюдая обещания, оценивая результаты*, ВОЗ, 2011 год (имеется на вебсайте

5. Первостепенной задачей настоящего доклада является оказание помощи органам, принимающим решения, в деле улучшения положения в области охраны здоровья и прав женщин, и с этой целью в нем даются рекомендации относительно политики и программ в области разработки, осуществления и контроля, направленных на сокращение материнской смертности и заболеваемости и повышение ответственности в соответствии с правозащитными нормами<sup>6</sup>.

6. Хотя это пособие предназначено прежде всего для инстанций, принимающих решения в области здравоохранения, им могут воспользоваться и в других сферах, включая сферы финансирования и образования, а также парламенты, судебные органы, межправительственные учреждения, национальные правозащитные учреждения и государства-доноры. Для обеспечения эффективного использования этого пособия и соблюдения правительствами своих обязательств необходимо участие гражданского общества.

7. Верховный комиссар призывает использовать настоящее техническое пособие. Совету по правам человека следует рассмотреть вопрос о содействии распространению пособия во всех соответствующих звеньях государственного аппарата, а также для других заинтересованных сторон и поощрять его применение в программах и политике по искоренению материнской смертности и заболеваемости. Совет мог бы также поощрять межучрежденческий диалог и взаимодействие в рамках системы Организации Объединенных Наций по вопросам применения этого пособия при осуществлении своих политики и программ и при оказании технической поддержки.

## II. Общие принципы

8. Осуществление прав человека предполагает расширение прав и возможностей людей в определенных сферах их жизни, включая сферу охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Международное право прав человека включает основополагающее обязательство государств создать условия, позволяющие женщинам переносить беременность и роды как элемент реализации ими своих прав на сексуальное и репродуктивное здоровье и на жизнь в достоинстве. Для того чтобы государства могли соблюдать эти основные права, важнейшее значение имеет обеспечение правильной практики в сфере общественного здравоохранения, однако такая практика должна дополняться более широкими мерами по расширению прав и возможностей женщин.

9. Настоящее техническое пособие подготовлено на основе двух предыдущих докладов УВКПЧ. В первом докладе (A/HRC/14/39) УВКПЧ определило семь правозащитных принципов, имеющих принципиальное значение для понимания материнской смертности и заболеваемости в качестве одного из вопросов прав человека: подотчетность, участие, транспарентность, расширение прав и возможностей, устойчивость, международная помощь и недискриминация. Во втором докладе (A/HRC/18/27) УВКПЧ определило категории надле-

---

[www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/accountability\\_commission/Commission\\_Report\\_advance\\_copy.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf)), стр. 2.

<sup>6</sup> В конкретных ситуациях, например при возникновении чрезвычайных обстоятельств, могут потребоваться дополнительные рекомендации относительно соблюдения правозащитных норм и других обязательств по международному праву, в том числе по гуманитарному праву. См. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises, Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings, 2010.

жащей практики для решения проблемы материнской смертности и заболеваемости в соответствии с правозащитными обязательствами: повышение статуса женщин, обеспечение прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, укрепление систем здравоохранения, решение проблемы небезопасных аборт и совершенствование мониторинга и оценки. При подготовке пособия учитывались также результаты деятельности других правозащитных механизмов<sup>7</sup>.

**10. Правозащитный подход позволяет определить носителей прав и их права, а также соответствующих носителей обязательств и их обязательства и способствует расширению возможностей носителей прав предъявлять свои требования, а носителей обязательств – выполнять свои обязательства.** Эти права и обязательства предусмотрены международным правом прав человека.

**11. Данное техническое руководство, как и предыдущие доклады УВКПЧ, основывается на соблюдении права на сексуальное и репродуктивное здоровье и прав, изложенных в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию<sup>8</sup>, и которые подтверждены и получили дальнейшее развитие в последующих документах Организации Объединенных Наций и в международном праве.**

**12. Правозащитный подход – это подход к здоровью, а не к отдельным патологиям; он строится на предпосылке необходимости создать для женщин возможности отстаивать свои права, а не только избежать смерти или заболевания.** Важнейшее значение для правозащитного подхода имеет четкое признание права на здоровье, включая широкое толкование сексуального и репродуктивного здоровья, в конституциях и/или в законодательстве наряду с созданием механизмов подотчетности для защиты прав на здоровье.

**13. Необходимы меры для решения проблемы социальных детерминантов состояния здоровья женщин, которые оказывают воздействие на реализацию гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав.** Во всех странах в показателях материнской смертности и заболеваемости зачастую находят отражение неравенство возможностей в обществе и неравное распределение властных полномочий между мужчинами и женщинами. В нищете и неравенстве доходов, в гендерной дискриминации по закону и на практике и в маргинализации по признакам этнической принадлежности, расы, касты, национального происхождения и по другим признакам отражаются социальные детерминанты, оказывающие воздействие на множество прав.

**14. Государства должны принять соответствующие меры для искоренения дискриминации в отношении женщин, включая гендерное насилие, принудительные и ранние браки, запреты на употребление в пищу определенных продуктов питания, калечение/вырезание женские половых органов и другие виды пагубной практики<sup>9</sup>.** Материнская смертность и заболе-

<sup>7</sup> A/HRC/17/25; CEDAW/C/49/D/17/2008; CEDAW/C/50/D/22/2009; Межамериканская комиссия по правам человека "Access to Maternal Health Services from a Human Rights Perspective", Organization of American States, 7 June 2010.

<sup>8</sup> Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.95.XIII.18), глава I, резолюция 1, приложение.

<sup>9</sup> Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 5; Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 14; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, общая рекомендация № 14 (E/C.12/2000/4), пункт 21.

ваемость являются одним из результатов дискриминации в отношении женщин и лишения их прав человека, включая право на сексуальное и репродуктивное здоровье.

15. **Права человека требуют "уделения особого внимания уязвимым или социально отчужденным группам"**<sup>10</sup>. К числу других групп, требующих особого внимания, относятся подростки, этнические и расовые меньшинства, женщины коренных народов, женщины-инвалиды, работники секс-индустрии, ВИЧ-положительные женщины, перемещенные и затронутые военными действиями женщины, женщины, живущие в недостаточно обслуживаемых районах, и другие подвергаемые стигматизации и отторжению обществом группы населения<sup>11</sup>.

16. **Применение правозащитного подхода в области сокращения материнской смертности и заболеваемости зависит от наличия справедливой, а также эффективной системы здравоохранения.** Система здравоохранения – это не просто механизмы обеспечения лечения и закупки товаров. Общество, в котором как богатые, так и бедные женщины – независимо от расы, этнической принадлежности, касты, инвалидности или иных признаков – могут рассчитывать на систему здравоохранения с точки зрения удовлетворения их потребностей, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем, является более справедливым обществом. В свою очередь медицинские товары, услуги и информация, необходимые для поддержания сексуального и репродуктивного здоровья, должны рассматриваться пользователями, поставщиками и руководящими органами системы здравоохранения как относящиеся к основополагающим правам, а не как товары, поставляемые рынком или в порядке благотворительности<sup>12</sup>.

17. **В сфере защиты прав человека женщины являются активными участниками, которые имеют право участвовать в принятии решений, касающихся их сексуального и репродуктивного здоровья.** Для того чтобы такое участие было эффективным, женщины должны иметь возможность бороться против политических и иных форм отчуждения, которые препятствуют их влиянию на решения и процессы, затрагивающие их жизнь, в том числе их сексуальное и репродуктивное здоровье. Это требует эффективного участия женщин в выявлении проблем в разработке политики и распределении бюджетных средств, а также в оценке программ и в осуществлении политики.

18. **Ответственность – это не добавленный с запозданием, а фундаментальный элемент правозащитного подхода, имеющий основополагающее значение на каждом этапе процесса начиная с определения пробелов в обеспечении ответственности при проведении ситуационного анализа закладки соответствующих механизмов мониторинга и средств исправления положения в национальных планах и кончая выделением ресурсов для этих механизмов, принятием мер по исправлению положения, получением отзывов от низовых звеньев и осуществлением практических мероприятий.** Полученные в результате деятельности структур обеспечения подотчетности уроки должны учитываться в ходе всего процесса корректировки имеющихся программ и выработки будущих планов.

<sup>10</sup> E/C.12/2000/4, пункт 43.

<sup>11</sup> A/HRC/14/39, пункты 19–21.

<sup>12</sup> Lynn Freedman, "Achieving the MDGs: health systems as core social institutions", *Development*, vol. 48, No. 1, 2005, pp. 19-24. См. также A/HRC/7/11.

19. **Процесс разработки, организации и координации компонентов системы здравоохранения должен ориентироваться на основополагающие принципы прав человека, включая недискриминацию/равенство, транспарентность, участие и подотчетность**<sup>13</sup>.

20. **Обеспечение права женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье требует соблюдения следующих требований, касающихся медицинских учреждений, товаров и услуг:**

а) наличие как основных факторов, определяющих состояние здоровья, так и больниц, клиник и других медицинских учреждений, квалифицированного врачебного и медицинского персонала, получающего конкурентоспособное на внутреннем рынке вознаграждение, и важнейших лекарственных средств;

б) доступность по четырем взаимосвязанным показателям: с физической точки зрения, с экономической точки зрения (доступность по цене), отсутствие дискриминации и наличие информации;

в) приемлемость с точки зрения соблюдения требований медицинской этики и культуры отдельных лиц, меньшинств, народов и общин, с учетом гендерных аспектов и требований, касающихся жизненного уклада, а также ориентированность на соблюдение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц;

г) качество, включая наличие квалифицированного медицинского персонала, научно проверенных медицинских препаратов с неистекшим сроком годности и медицинского оборудования, безопасной питьевой воды, адекватных санитарных условий<sup>14</sup>; уважительное отношение к женщинам, пользующимся медицинскими услугами, относится к числу важнейших аспектов качества и приемлемости.

21. **Государствам следует использовать "в максимальных пределах имеющиеся ресурсы" для все более полной реализации экономических, социальных и культурных прав; если нехватка ресурсов не позволяет государству обеспечить безотлагательное осуществление прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье, государство должно продемонстрировать, что оно использовало все имеющиеся в его распоряжении ресурсы для обеспечения этого в приоритетном порядке**<sup>15</sup>. Выполнение многочисленных обязательств, касающихся прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, не может ставиться в зависимость от наличия ресурсов, включая обязательства, связанные с выполнением национального плана действий и искоренением пагубной практики и дискриминации<sup>16</sup>. Обязательства, подлежащие "постепенной реализации", требуют осознанного принятия всех соответствующих конкретных и целенаправленных мер в "максимальных пределах имеющихся ресурсов", включая ресурсы, поступающие по линии международного сотрудничества<sup>17</sup>.

<sup>13</sup> WHO, *Everybody's Business, Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (2007). Шесть компонентов, определенные ВОЗ – это обеспечение обслуживания; кадры; информация; медицинские препараты, вакцины и технологии; финансирование; и руководство и управление.

<sup>14</sup> E/C.12/2004/4, пункт 12 а)–d).

<sup>15</sup> Там же, пункт 47.

<sup>16</sup> Там же, пункты 43 и 44; CEDAW/C/49/D/17/2008, пункт 7.6.

<sup>17</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 3, пункт 13; см. также Конвенцию о правах ребенка, статья 24 (4).

Что касается сексуального и репродуктивного здоровья, то есть серьезные основания выступать против принятия любых мер регрессивного характера<sup>18</sup>.

22. **Государства не должны допускать вмешательства третьих сторон в осуществление прав на сексуальное и репродуктивное здоровье путем обеспечения выполнения соответствующих законов, политики, правил и руководящих принципов.** Государства несут ответственность за проявление должной осмотрительности или должны соблюдать в своей деятельности определенную осторожность, с тем чтобы обеспечить соблюдение негосударственными субъектами, включая частных поставщиков услуг, страховые и фармацевтические компании и производителей товаров медицинского назначения и оборудования, а также членами общин и семей определенных стандартов<sup>19</sup>. На государство может быть возложена ответственность за действия частных лиц, если они не уделяют должного внимания предотвращению, расследованию и наказанию виновных в нарушении прав<sup>20</sup>.

23. **В случае если система здравоохранения является децентрализованной, национальное правительство продолжает нести ответственность за выполнение обязательств в области прав человека, включая обязательства, касающиеся сексуального и репродуктивного здоровья.**

### III. Планирование и составление бюджета

24. Разработка планов в области государственного здравоохранения традиционно начинается с признания материнской смертности и заболеваемости в качестве существующей проблемы, после чего предлагаются пути ее решения в существующих социальных рамках. При разработке планов с использованием правозащитного подхода рассматриваются, кроме того, основные предположения, лежащие в основе структурных детерминантов здоровья женщин, после чего определяется стратегия устранения этих факторов и пересматриваются возможные границы улучшения положения в области охраны материнского здоровья. По этой причине применение опирающегося на права человека подхода влечет за собой изменение процессов принятия решений, при этом меняются вопросы и участники этих процессов, а также результаты.

25. Правозащитный подход требует многосекторального подхода к планированию и составлению бюджетов в экономической и социальной областях, включая, как минимум, необходимость координации деятельности между различными министерствами и департаментами, а также с другими ключевыми участниками, такими как частный сектор, партнеры по развитию и гражданское общество. Кроме того, при планировании и составлении бюджетов нельзя оставлять принятие всех решений на усмотрение технических экспертов. Для выработки эффективных, легитимных с демократической точки зрения и долговременных решений проблемы неизбежных компромиссов в области политики необходимы полная транспарентность и действенное участие всех заинтересованных сторон.

<sup>18</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 14, пункт 32.

<sup>19</sup> Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 28, пункт 13.

<sup>20</sup> Там же. См. также Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 19, пункт 9, и CEDAW/C/49/D/17/2008, пункты 7.5 и 8.

## A. Планирование

26. **Чтобы гарантировать право на охрану здоровья, государствам необходимо в качестве одного из базовых обязательств принять национальную стратегию развития государственного здравоохранения и план действий (национальный план).** Национальный план, согласованный с субнациональными планами, должен в полной мере предусматривать удовлетворение потребностей в области охраны здоровья всего населения, в нем должны быть четко определены ответственные в различных контекстах субъекты и предусмотрены механизмы подотчетности.

27. **Национальный план должен включать стратегию в области обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья, включая здоровье матерей.** В нем должна быть отражена первостепенная важность сексуального и репродуктивного здоровья матерей, и при его разработке следует придерживаться передовой практики, включая практику, указанную ВОЗ<sup>21</sup>. Должны быть четко определены связи между политикой в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и политикой в смежных сферах, включая политику в области образования и питания.

28. **Национальный план и связанная с ним политика должны базироваться на свежем анализе положения в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья женщин и их прав в этой сфере с учетом должным образом дезагрегированных данных и тенденций, а также данных регистрации актов гражданского состояния.** Для обеспечения прав человека необходимо понять, какие группы населения лишены соответствующего доступа, а также установить причины отсутствия доступа на национальном и субнациональном уровнях. В этой связи важнейшее значение имеет разбивка данных по признакам пола, возраста, городской/сельской местности, этнической принадлежности, семейного положения, ВИЧ-статуса, числа детей, а также по уровням образования, квинтилям благосостояния и по географическим районам<sup>22</sup>.

29. **При анализе ситуации следует выявить носителей обязанностей и оценить институциональный потенциал и потребности с точки зрения людских, финансовых и других ресурсов как в государственном, так и в частном секторе.** Таким образом, этот анализ позволит выявить пробелы в подотчетности в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и обеспечить адекватное финансирование и укомплектование медицинских учреждений, улучшение просвещенности и подготовки кадров, в том числе в области прав человека, а также выявление потенциальных потребностей в создании или укреплении механизмов подотчетности.

30. **Анализ ситуации должен включать проведение с участием широких кругов обзора правовой базы, а также, по мере необходимости, обзора процесса принятия, изменения или отмены законов, политики, правил и основных принципов.** Четкое юридическое признание прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, равенства мужчин и женщин и здоровья в качестве одного из прав человека должно сопровождаться принятием положений, касающихся доступа женщин к услугам<sup>23</sup>. Следует изменить законы и политику, пре-

<sup>21</sup> ВОЗ, Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития, Женева, 2004, стр. 59 (английского текста).

<sup>22</sup> ВОЗ, *Соблюдая обещания, оценивая результаты* (см. сноску 5), стр. 13.

<sup>23</sup> ВОЗ, Стратегия в области репродуктивного здоровья (см. сноску 21).

пятствующим доступу к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая законы, криминализирующие некоторые необходимые лишь женщинам услуги; законы и политику, позволяющие поставщикам препятствовать по соображениям их веры или совести, доступу женщин к полному кругу услуг; и законы, устанавливающие необходимость разрешения третьей стороны для получения женщинами и девочками доступа к услугам.

31. **Согласно международному праву государство обязано принимать надлежащие меры<sup>24</sup>; надлежащие меры – это меры, принимаемые с учетом имеющихся данных.** Все меры должны строиться на основе руководящих принципов в области общественного здравоохранения, включая международные руководящие принципы и самые широкие имеющиеся знания, которые обновляются по мере появления новых сведений<sup>25</sup>. Хотя государства имеют определенную свободу действий при реализации прав, правительство должно быть в состоянии публично обосновать выбор политики и приоритетов, а также ту основу, на которой это делалось<sup>26</sup>.

32. **Важнейшие меры, услуги и медикаменты должны определяться в соответствии с основными обязательствами по международному праву и соответствовать самому высокому уровню имеющихся знаний<sup>27</sup>.** Государство может рассматривать дополнительные меры, услуги, товары и медикаменты во всем диапазоне медицинского обслуживания как являющиеся "важнейшими" в пределах своей юрисдикции, если они не подменяют, а дополняют меры, услуги, товары и медикаменты, которые определены в качестве приоритетных на основании самых современных знаний в области общественного здравоохранения. По мере расширения знаний национальный план должен соответствующим образом обновляться.

33. **Авторитетные руководящие принципы, касающиеся государственного здравоохранения, предусматривают принятие следующих мер, универсальный доступ к которым должен быть эффективно обеспечен в национальном плане, являющихся важнейшими факторами улучшения охраны здоровья матерей:** услуги в области планирования семьи; профилактика и лечение передаваемых половым путем заболеваний, включая ВИЧ; помощь в случае случайной беременности, включая доступ к услугам по производству безопасных абортов, если аборты не запрещены законом, и к послеабортному уходу; соответствующее дородовое обслуживание; выявление случаев насилия в семье; меры в случае разрыва мембраны до начала родовых схваток и преждевременных родов; стимуляция родов в случае затянувшейся беременности; предупреждение послеродового кровотечения и помощь в таких случаях; кесарево сечение; и соответствующая помощь после родов<sup>28</sup>. Передовой опыт свидетельствует о том, что уход за новорожденными должен осуществляться наряду с уходом за женщинами при родах и после родов.

<sup>24</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 3, пункт 4.

<sup>25</sup> Партнерство в интересах здоровья матерей, новорожденных и детей, Женева, 2011 год; ВОЗ, Пакеты мер в области планирования семьи, безопасного аборта, здоровья матери, новорожденного и ребенка, Женева, 2010 год.

<sup>26</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 3, пункт 4; см. также E/C.12/2000/4, пункт 53.

<sup>27</sup> ВОЗ, Пакеты мер (см. сноску 25).

<sup>28</sup> Партнерство в интересах здоровья матерей, новорожденных и детей, Глобальный обзор (см. сноску 25).

34. Авторитетные данные в области общественного здравоохранения свидетельствуют о том, что важнейшее значение для улучшения здоровья матерей имеют следующие медицинские препараты, универсальный доступ к которым должен быть эффективно обеспечен в национальном плане: средства, стимулирующие роды; антибиотики; мизопропростол и мифепристон; сульфат магнезия; антиретровирусные препараты и тест-комплекты; противомалярийные препараты во многих странах и полный набор противозачаточных средств, включая презервативы, гормональные средства и внутриматочные устройства<sup>29</sup>.

35. В национальном плане должны быть четко предусмотрены дополнительные меры, необходимые для того, чтобы женщины имели возможность эффективно реализовать свои права на сексуальное и репродуктивное здоровье, в частности права на эти меры и медикаменты<sup>30</sup>. Например, в нем должны быть предусмотрены меры по улучшению доступа подростков к комплексному половому воспитанию, информации и уходу в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи<sup>31</sup>. В нем должны также предусматриваться отмена дискриминационных законов и политики и искоренение пагубной практики, которые являются как косвенными, так и непосредственными препятствиями на пути использования таких важнейших услуг женщинами и на пути эффективной реализации ими своих прав на сексуальное и репродуктивное здоровье.

36. И наконец, должна проводиться оценка ключевых мер, предусматриваемых национальным планом с точки зрения их возможного воздействия на охрану здоровья матерей из различных групп населения и с различными уровнями дохода. При такой предварительной оценке воздействия необходимо уделять особое внимание уязвимым и социально отчужденным группам, включая, в частности, женщин-инвалидов, расовые и этнические меньшинства, женщин, затронутых конфликтами и перемещениями, подростков и другие маргинализированные группы, с учетом национального контекста.

37. Правозащитный подход к вопросам здравоохранения – это единый и цельный подход к системам здравоохранения. В национальном плане должно быть закреплено признание того, что эффективное обеспечение экстренной акушерской помощи и профилактики и лечения передаваемых половым путем заболеваний требует наличия соответствующих средств связи и транспорта и непрерывности процесса помощи, начинающегося дома и заканчивающегося в больнице, и на всех этапах контакта женщины с системой здравоохранения<sup>32</sup>.

38. Полный учет потребностей в плане наличия, доступности, приемлемости и качества в соответствии с нормами международного права поможет обеспечить соответствующий учет при планировании каждого компонента системы здравоохранения: оказание услуг, медицинский персонал, ин-

<sup>29</sup> ПСТЗ, ВОЗ и Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, "Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists", 2006.

<sup>30</sup> ВОЗ, Пакеты мер (см. сноску 25).

<sup>31</sup> Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, Международное техническое руководство по половому просвещению: Фактологически обоснованный подход для школ, учителей и специалистов по санитарному просвещению, декабрь 2009 года. См. также резолюцию 56/3 Комиссии по положению женщин, пункт 9.

<sup>32</sup> E/C.12/2004/4, пункт 44; Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 12.

формация, медицинские препараты, вакцины и технологии, финансирование, руководство и управление.

39. В национальном плане должны быть конкретно предусмотрены меры по укреплению потенциала работников сферы здравоохранения и требования, касающиеся численности и распределения работников сферы здравоохранения при должном соблюдении прав работников сферы здравоохранения, включая их трудовые права. В случаях, когда условия труда работников сферы здравоохранения вызывают озабоченность, в плане должны быть конкретно предусмотрены меры по их улучшению.

40. В национальном плане следует предусмотреть целенаправленные меры по обеспечению универсального доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, в том что касается финансирования, охвата населения и расширения услуг.

41. Национальный план должен предусматривать устранение различий в реализации прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, которые объясняются дискриминацией по запрещенным признакам, а также неравенством в том, что касается благосостояния, уровней образования или районов проживания<sup>33</sup>.

42. Для исправления положения в области дискриминации де-факто в том, что касается доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, может потребоваться принятие специальных мер для обеспечения равномерного распределения расходов и медицинских учреждений, товаров и услуг, в том числе в случаях, когда абсолютная численность населения или данные об эффективности затрат, как правило, не требуют принятия таких мер. Принятие таких специальных мер не считается дискриминацией согласно праву прав человека<sup>34</sup>.

43. Разработка национального плана и рассмотрение хода его осуществления должны вестись в консультации с соответствующим населением. Критерии и основания для определения порядка очередности должны быть транспарентными и подлежать общественному контролю. Необходимо устранить неравенство возможностей, обусловленное факторами грамотности, языка, социального положения или другими факторами, которые могут препятствовать реальному участию женщин и девочек, наиболее затрагиваемых принимаемыми решениями.

## **В. Составление бюджета**

44. Для определения потребностей в бюджетных ассигнованиях необходимо участие целого ряда министерств и департаментов; например, вопросы, касающиеся подростковой беременности, должны рассматриваться совместно с министерствами образования, и в этой связи потребуются выделение соответствующих бюджетных средств как для сектора здравоохранения, так и для сектора образования.

<sup>33</sup> E/C.12/2004/4, пункт 19.

<sup>34</sup> Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 4; Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации, статья 1; Конвенция о правах инвалидов, статья 5.

45. **Государство должно выделять максимально возможные средства на охрану сексуального и репродуктивного здоровья.** Создание и обеспечение стабильности адекватного бюджетного пакета, позволяющего выделить максимум имеющихся ресурсов, имеет важнейшее значение для применения право-защитного подхода; в случае наличия структурных дисбалансов между расходами и поступлениями следует обеспечить более полный и рациональный сбор поступлений, прежде чем сокращать ассигнования для важнейших сфер здравоохранения, включая сферу охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

46. **Бюджет должен обеспечивать недопустимость перекладывания несо-размерно большой части финансирования на плечи бедных.** Оплата расходов из своих средств не должна препятствовать доступности лечения независимо от того, предоставляются ли услуги государственными или частными учреждениями<sup>35</sup>.

47. **Подход к охране материнского здоровья как к вопросу прав человека при разработке бюджета обеспечивает дополнительную защиту ресурсов, выделяемых для соответствующих программ как на национальном, так и на субнациональном уровнях:**

а) при увеличении общих бюджетных ассигнований должны соответственно увеличиваться и средства, выделяемые на охрану материнского здоровья, в той степени, в какой серьезная потребность этого в данной сфере сохраняется. В частности, в случае стран, несущих большие расходы, принцип прогрессивной реализации, согласно праву прав человека, означает, что ассигнования на программы охраны материнского здоровья должны увеличиваться, если нет оснований поступать иным образом;

б) ресурсы "в максимальных пределах" согласно международному праву включают ресурсы, которые могут быть получены в рамках международного сотрудничества и помощи<sup>36</sup>, однако увеличение ресурсов, получаемых из внешних источников, не должно использоваться для подмены государственного финансирования программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья, если только это не является оправданным и не основывается на оценке воздействия;

в) если общий объем государственного бюджета сокращается, ресурсы, выделяемые на программы по охране сексуального и репродуктивного здоровья, не должны сокращаться, если только правительство не продемонстрирует, что оно приняло все разумные меры для недопущения такого сокращения;

г) поскольку сокращение бюджетных ассигнований на программы, ориентированные на женщин с низким уровнем доходов и на маргинализированных женщин, может рассматриваться согласно международному праву как регрессивная мера, правительства несут особую ответственность за обоснование необходимости таких сокращений.

48. **В ходе разработки бюджета как национальным, так и субнациональным органам власти следует обеспечить такие процессы участия, как публичные слушания.** Граждане, организации гражданского общества, научные учреждения и поставщики медицинских услуг должны иметь возможность внести свой конструктивный вклад в обсуждение проектов бюджетов, в том числе

<sup>35</sup> E/C.12/2000/4, пункт 12; ВОЗ, *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 год: финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью* (Женева, 2010 год).

<sup>36</sup> E/C.12/2007/1, пункт 5.

при определении потребностей, и им должны быть известны критерии принятия решений.

49. **Бюджетные средства, выделяемые на цели охраны сексуального или репродуктивного здоровья, не должны перенаправляться, отвлекаться или недоиспользоваться в течение финансового года.** При децентрализованных системах здравоохранения бюджетные средства следует выделять и распределять по регионам и районам на своевременной и равноправной основе.

50. **Для эффективного исполнения бюджетов и обеспечения правильного расходования средств должны использоваться ежегодные планы работы, четко предусматривающие распределение обязанностей на всех уровнях управления.**

51. **Правозащитные принципы транспарентности и подотчетности требуют, чтобы как выделенные, так и израсходованные на цели обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья бюджетные средства указывались в разбивке по функциям и программам и на основе отчетов регионов.** Расходы на обеспечение сексуального и репродуктивного здоровья должны четко прослеживаться в общем бюджете и должны иметься в легкодоступном для населения формате.

52. **Бюджеты должны предусматривать ассигнования на обеспечение эффективной подотчетности, включая мониторинг, доступ к правосудию для неимущих, а также как судебные, так и внесудебные механизмы подотчетности, чтобы легче было своевременно принять меры по исправлению положения.**

#### **IV. Обеспечение осуществления на практике**

53. Несмотря на развитость национальных планов и политики, они зачастую не обеспечивают уважения, защиты и реализации прав женщин на охрану материнского здоровья, что проявляется или становится очевидным в процессе их осуществления. Выявление препятствий на пути эффективного осуществления требует периодического и "восходящего" анализа на местах с целью установить, что и где происходит и проинформировать об этом; почему это происходит (какие факторы мешают женщинам, или определенным женщинам, безопасно перенести беременность и рождение ребенка и в более широком плане реализовать свои права на сексуальное и репродуктивное здоровье); кто или какой орган несет ответственность за появление таких факторов и за решение соответствующей проблемы; а также какие меры следует принимать в этой связи (что должны делать носители обязанностей для устранения каждого фактора).

54. Подотчетность в области прав человека требует принятия последующих мер по устранению выявленных проблем и предложения мер по улучшению ситуации установленными носителями обязанностей. Поэтому необходимы соответствующие каналы на уровнях учреждения, района, региона и страны, а также между различными секторами и органами власти для рассмотрения выводов и принятия соответствующих мер для решения выявленных проблем.

55. Два примера, приводимые ниже, носят лишь иллюстративный характер. Для эффективного применения правозащитного подхода необходимо понимание конкретных вопросов и трудностей в конкретном контексте, включая вопросы наличия доступности, приемлемости и качества товаров, услуг и учреждений, а также причин материнской смертности и заболеваемости.

**А. Пример выявленной проблемы: женщины поздно обращаются или не обращаются за помощью в случае экстренной необходимости акушерской помощи**

56. В качестве первого шага необходимо проанализировать причины позднего обращения и необращения за помощью. При правозащитном подходе ответственность за обеспечение наличия, доступности, приемлемости и качества учреждений, товаров и услуг в целях предотвращения угрожающих жизни задержек возлагается на государство. Задержки с принятием решений об обращении за помощью или об отказе от обращения к системе здравоохранения рассматриваются не в качестве идиосинкратического, личного выбора или неизменных культурных предпочтений, а в качестве несоблюдения прав человека. Это зависит от неравного, а иногда и дискриминационного распределения медицинских учреждений, товаров и услуг, что является причиной отсутствия или физической недоступности экстренной акушерской помощи, а также от незнания членами семей и жителями общины признаков необходимости срочного обращения за помощью и отсутствия у женщин прав принимать решения, касающиеся их собственного благополучия. Задержки с обращением за помощью могут объясняться также расходами, которые необходимо оплачивать из собственных средств, отсутствием средств транспорта или связи и/или неразвитостью инфраструктуры. Нежелание обращаться за помощью может объясняться также непониманием специфики культуры и неприемлемостью лечения в медицинских центрах, включая незнание языка и неприемлемость традиционных обычаев, связанных с деторождением. Если законодательство об абортах является чрезмерно ограничительным, обращение за помощью может сдерживаться действиями поставщиков, полиции и других сторон. И наконец, если население считает низким качество медицинской помощи – даже если это не касается непосредственно сферы сексуального и репродуктивного здоровья, – включая неуважительное отношение к пациентам в медицинских центрах, это также влияет на принятие решений об обращении за помощью и подрывает систему здравоохранения как один из базовых социальных институтов.

57. Второй шаг – установление ответственности за каждый конкретный фактор, приводящий к задержке с обращением за помощью или необращением за помощью. Например, если будет установлено, что отсутствие постоянного запаса медикаментов или материалов снижает качество медицинской помощи и порождает недоверие к системе здравоохранения, это может объясняться различными причинами, включая отсутствие должной системы ведения дел в медицинском учреждении, на региональном и/или национальном уровне, что не позволяет учитывать фактические потребности в формах заявок на поставки; отсутствием местных складских помещений для хранения медикаментов на районном и/или региональном уровне; неудовлетворительностью национальной процедуры закупок, которая не позволяет обеспечить равное или своевременное распределение качественных лекарственных средств; коррупцией на любом уровне; противозаконной или недобросовестной практикой установления цен частными производителями; или же сочетанием указанных выше факторов. Это не просто технические вопросы; от их решения зависит эффективная реализация женщинами своих прав на сексуальное и репродуктивное здоровье.

58. Третий шаг заключается в том, чтобы предложить и определить порядок очередности мер, которые должны приниматься различными носителями обязанностей для устранения каждого порождающего трудности фактора. Например, при наличии серьезных недостатков в национальной системе закупок министерству здравоохранения, возможно, потребуется проанализировать

зировать процедуры заключения контрактов и осуществления контроля качества, а также неэффективную или продиктованную идеологическими соображениями политику в отношении выбора лекарственных препаратов, включая контрацептивы. Кроме того, может возникнуть необходимость корректировки этим министерством, совместно с другими министерствами, бюджетов для удовлетворения фактических потребностей и устранения случаев проявления неравенства или исключения определенных групп населения; может потребоваться усиление институционального контроля на уровне учреждений, районов, регионов и страны для содействия надежному количественному определению потребностей и снижению уровня коррупции; может возникнуть необходимость в получении финансовых средств от доноров для внедрения информационных технологий в системе здравоохранения или может потребоваться комплексное осуществление указанных выше мер.

## **В. Пример выявленной проблемы: для девочек-подростков несоразмерно высоки показатели материнской смертности и заболеваемости**

59. **В качестве первого шага необходимо проанализировать не только причины, по которым для девочек-подростков характерны высокие показатели материнской заболеваемости и смертности, но также и факторы, которыми объясняется их беременность. Правозащитный подход позволяет определить проблему и рассматривать ее с точки зрения как непосредственных, так и глубинных причин материнской смертности и заболеваемости, поскольку они определяют возможности решения конкретных проблем на местном уровне.** Подростковая беременность может объясняться, в частности, отсутствием широкого сексуального просвещения; гендерными нормами, способствующими ранней беременности; ранними браками; высокими показателями сексуального насилия и/или практикой установления сексуальных отношений за подарки или вознаграждение; отсутствием медицинского обслуживания, ориентированного на молодежь; отсутствием доступных по цене и физически доступных противозачаточных средств; или же сочетанием указанных выше факторов. Несоразмерно высокие показатели заболеваемости и смерти могут объясняться, в частности, запоздалым обращением в медицинское учреждение или же необращением за медицинской помощью по какой-либо из причин, указанных в приведенном выше примере. Для подростков также могут быть характерны несоразмерно высокие показатели, касающиеся самопроизводства аборт и опасений подвергнуться уголовным санкциям; явное незнание признаков необходимости срочного обращения за акушерской помощью; предполагаемое и фактическое невнимание к молодежи в медицинских учреждениях или же сочетание указанных выше факторов.

60. **Второй шаг – определение причин существования каждого фактора, что может выходить за рамки сектора здравоохранения.** Например, если гендерные нормы способствуют росту случаев ранней беременности, то это может объясняться недостаточной осведомленностью членов семьи о правах девушек на образование и равенство, а также о связанных с беременностью рисках для здоровья девушек; тем, что старейшины общин, учителя местных школ и политические лидеры не показывают положительного примера в отношении проблем гендерных ролей; отсутствием просвещения по вопросам прав женщин и гендерного равенства в национальных школах наряду с наличием практики насильственной проверки на беременность в школах и проведением иной политики, способствующей укреплению гендерных норм; национальным

законодательством, которое является непосредственно дискриминационным по отношению к женщинам и девочкам или оказывает на них несоразмерно пагубное воздействие; экономическими трудностями, способствующими заключению ранних браков и беременности; или сочетанием указанных выше факторов.

61. **На третьем этапе необходимо предложить и расставить в порядке очередности меры, которые должны быть приняты различными носителями обязанностей для устранения каждого фактора, являющегося причиной возникновения проблем.** Например, необходимо изменить национальное законодательство, которое явно дискриминирует женщин и девочек или оказывает несоразмерно негативное воздействие на них, в том числе в отношении не только здоровья, но и возраста вступления в брак, образования, прав на владение землей и наследства или занятости. Необходимо изменить законодательство, политику и правила, непосредственно касающиеся сектора здравоохранения, включая те, которые носят чрезмерно ограничительный характер, поскольку криминализируют используемые женщинами услуги, предусматривают необходимость дачи разрешения третьей стороной или нерегулируемое применение отказа по соображениям совести, необходимо также распространять знания о новых установленных обязательствах поставщиков и о правах индивидуальных пользователей. В частности, национальным правительствам следует организовать с использованием средств массовой информации и других средств просветительские кампании, ориентированные на подростков, взрослых и на находящиеся в неблагоприятном положении группы, а также на таких ключевых заинтересованных участников, как лидеры общин и школьные учителя, пропагандировать гендерное равенство и необходимость изменения законодательства, что может потребовать, помимо сотрудничества с гражданским обществом, привлечения средств со стороны внешних доноров.

62. Чем более точно будет определена проблема и породившие ее причины, тем большей будет вероятность эффективного привлечения к ответственности носителей обязанностей; эффективно это можно делать только на местном уровне.

63. **Процесс рассмотрения сам по себе имеет важнейшее значение для понимания сложности решения проблем материнской смертности и заболеваемости и ответственности носителей обязанностей, а также для выработки эффективных и долгосрочных решений, которые признаются обществом.** Анализ на местах будет проводиться самыми различными субъектами и зависящими от обстоятельств методами и при этом не всегда можно будут задействовать все заинтересованные стороны. Тем не менее очень важно обеспечить действенное участие заинтересованных групп, в частности женщин, маргинализированных и уязвимых групп и работников сферы здравоохранения, в работе по выявлению проблем, причин и носителей обязанностей, а также в определении приоритетности решений и мер по улучшению положения.

64. **Оценка факторов, которые могут препятствовать осуществлению практических мер, требует изучения последовательности действий и координации в рамках систем и между системами, включая соответствующее согласование:**

а) законов и политики (например, издание и распространение министерством здравоохранения соответствующих протоколов для проведения абортов, когда они являются легальными);

б) политики и бюджетов (например, переключение бюджетных ассигнований на удовлетворение потребностей наиболее бедных и/или маргинализованных групп);

с) бюджетов и программ (например, для того чтобы не допустить увеличения стоимостных преград для доступа к важнейшим услугам по охране сексуального или репродуктивного здоровья);

д) политики и программ (например, для того чтобы поставщики всех уровней эффективно выполняли функции, определенные политикой на национальном и региональном уровнях);

е) подготовки кадров и программ (например, для того чтобы обеспечить привлечение и подготовку достаточного числа работников среднего звена для удовлетворения потребностей населения в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья).

**65. Правозащитный подход требует одновременно учитывать необходимость принятия незамедлительных мер по охране здоровья и осуществления долгосрочных социальных преобразований для сокращения материнской смертности и заболеваемости.** Устранению выявленных препятствий на пути обеспечения всех важнейших мер, поставок и медикаментов в контексте укрепления системы здравоохранения должно быть отведено приоритетное место. Вместе с тем наряду с этим необходимо предпринимать также усилия для устранения любых более широких форм дискриминации в отношении женщин и/или конкретных групп женщин, которые негативно влияют на уровень женской смертности и заболеваемости.

**66. Для применения правозащитного подхода важнейшее значение имеет полное уважение прав как тех, кто пользуется системой здравоохранения, так и работающих в этой системе.** Проявление в любой форме нарушения, игнорирования или проявления неуважения к интересам пользователей системы здравоохранения подрывает их права. Организация учреждений и управление ими должны строиться таким образом, чтобы это содействовало уважению прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье, например в том, что касается тайны частной жизни и конфиденциальности. Необходимо обеспечить подготовку на систематической основе лиц, принимающих решения и готовящих планы, администраторов и работников системы здравоохранения, с тем чтобы доступ женщин к медицинскому обслуживанию рассматривался как право и чтобы все носители обязательств понимали свои соответствующие обязательства поведения. Кроме того, работники системы здравоохранения являются как обладателями прав, так и носителями обязанностей. Обеспечение должных условий труда и должного обращения с работниками сферы здравоохранения, в том числе когда речь идет о заработной плате и льготах, дисциплинарных мерах и праве голоса, необходимо для соблюдения их прав и, следовательно, для повышения эффективности работы системы здравоохранения по снижению уровня материнской смертности и заболеваемости.

## V. Подотчетность

**67.** Как уже неоднократно подчеркивалось в настоящем докладе, подотчетность имеет важнейшее значение на каждом этапе правозащитного подхода. Она требует не только прозрачности, но и фактического участия соответствующих групп населения и групп гражданского общества. Эффективная подотчетность требует также, чтобы отдельные лица, семьи и группы, в том числе

женщины, относящиеся к уязвимым или маргинализированным группам, знали свои права, касающиеся сексуального и репродуктивного здоровья, и имели возможность выдвигать основанные на них требования.

68. В приведенных выше разделах особо подчеркивалась важность оценки пробелов в сфере подотчетности в рамках и вне рамок сектора здравоохранения при проведении анализа ситуации и их устранения с помощью планов и бюджетов, а также важность проведения на регулярной основе "восходящей" диагностики и принятия последующих мер для обеспечения осуществления. Мониторинг, обзор и контроль, а также меры по устранению недостатков также являются важнейшими элементами цикла подотчетности, как и обеспечение подотчетности доноров<sup>37</sup>.

## A. Мониторинг

69. **Проведение мониторинга в правозащитных рамках требует использования показателей, которые не всегда являются количественными или не всегда относятся к сектору здравоохранения**<sup>38</sup>. Правозащитный подход требует систематического отслеживания и оценки:

а) происходящих со временем изменений структурных факторов; это включает, например, рассмотрение принятых законов на предмет четкого признания прав на сексуальное и репродуктивное здоровье; принятия национального плана; и изменения законов, являющихся дискриминационными по отношению к женщинам, а также создания институтов, например национальных правозащитных учреждений;

б) политики и бюджетных усилий в секторе здравоохранения и вне его. Усилия на уровне политики включают, например, принимаемые в связи с национальным планом меры по определению расходов, ресурсов и по осуществлению. Необходимо контролировать ресурсы и расходы, связанные с охраной сексуального и репродуктивного здоровья, равно как и возможность увязывания расходов на достижение целей в области прав человека и обязательств, таких как обязательства по устранению финансовых препятствий на пути обеспечения медицинского обслуживания;

в) конкретных результатов в плане сексуального и репродуктивного здоровья женщин и уровней материнской смертности и заболеваемости, в частности; это включает отдачу, результативность и воздействие по категориям системы здравоохранения, начиная от наличия, доступности, приемлемости и качества (то и другое по объективным показателям, таким как доля в смертности, и по субъективному показателю удовлетворенности женщин) медицинских учреждений, товаров и услуг и кончая такими конечными результатами, как показатели фертильности и рождаемости среди подростков и материнской смертности<sup>39</sup>.

70. **Эффективный мониторинг требует наличия действующих систем медицинской информации, систем регистрации актов гражданского состояния и дезагрегированных данных.** Разбивка информации по признакам пола,

<sup>37</sup> ВОЗ, *Соблюдая обещания, оценивая результаты* (см. сноску 5), стр. 8.

<sup>38</sup> См. HRI/MC/2008/3.

<sup>39</sup> Комиссия по отчетности поддержала 11 показателей повышения отчетности по материнской и детской смертности и заболеваемости. ВОЗ, *Соблюдая обещания, оценивая результаты* (см. сноску 5, стр. 13).

возраста, проживания в городской/сельской местности и этнической принадлежности, а также образования, благосостояния и географического района, насколько это возможно, является крайне важным для обеспечения недискриминации и равенства, а также для обеспечения должной защиты уязвимых и маргинализированных групп населения<sup>40</sup>.

71. **Наличие количественных показателей должно облегчить подготовку выводов относительно соблюдения международных обязательств, касающихся прав на сексуальное и репродуктивное здоровье**<sup>41</sup>. Помимо упомянутой выше разбивки по категориям, количественные показатели должны: а) измеряться постоянно или часто, с тем чтобы можно было своевременно определить эффективность принимаемых администрацией мер; б) быть объективными, чтобы можно было проводить сравнения по временным периодам и странам и/или субрегионам; в) быть целесообразными для соответствующих программ, чтобы можно было устанавливать приоритеты и выявлять пробелы в отчетности и в идеале, д) проверяться на местах для улучшения отчетности перед обслуживаемым населением. Не все используемые в настоящее время на национальном и международном уровнях показатели в области здравоохранения отвечают таким критериям; однако как правительствам, так и партнерам по развитию следует содействовать укреплению подотчетности, обеспечивая соблюдение максимально возможного числа критериев, включая критерий объективности данных (как это имеет место при измерении показателей квалифицированного приема родов).

72. **Мониторинг должен способствовать укреплению системы здравоохранения, в том числе системы медицинской информации.** Оказание экстренной акушерской помощи является одним из основных обязательств по международному праву, а также основной мерой в области охраны здоровья матерей, оказание которой зависит прежде всего от наличия функционирующей, скоординированной системы здравоохранения. Более широкий сбор информации о наличии и использовании услуг экстренной акушерской помощи, которая зависит от данных обзора медицинских учреждений, может способствовать укреплению систем медицинской информации<sup>42</sup>. Системы медицинской информации должны также учитывать случаи необъективности имеющейся демографической информации и информации о состоянии здравоохранения, которая может касаться уязвимых и маргинализированных групп, например в результате исключения экипажей судов и мигрирующих групп населения, а также женщин, имевших мертворожденных.

73. **Мониторинг должен охватывать и негосударственные субъекты, включая, в частности, производителей фармацевтической продукции, товаров и устройств, страховые компании и частных поставщиков услуг.**

<sup>40</sup> Там же, стр.12–13.

<sup>41</sup> Alicia Ely Yamin and Kathryn L Falb. "Counting what we know; knowing what to count: Sexual and reproductive rights, maternal health, and the Millennium Development Goals", *Nordic Journal of Human Rights* (on file with the secretariat).

<sup>42</sup> WHO, UNFPA, the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the Averting Maternal Death and Disability Programme, *Monitoring Emergency Obstetric Care* (2009); см. также ВОЗ, *World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count* (Geneva, 2005).

## **В. Формы обзора и контроля**

**74. Обеспечение подотчетности в сфере прав человека требует использования многочисленных форм обзора и контроля, включая:**

а) административную подотчетность в отношении сексуального и репродуктивного здоровья, которая требует наличия в медицинских учреждениях и в министерстве здравоохранения внутренних правил и норм, определяющих нормы поведения и устанавливающих подотчетность нижестоящих инстанций вышестоящим, которые должны контролироваться лицом или комитетом, не имеющим конфликта интересов;

б) социальную подотчетность, которая требует участия гражданского общества и населения в принятии решений, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья на всех уровнях и в течение всего проектного цикла. Контроль со стороны общин за работой сотрудников, за финансами и качеством ухода в лечебных учреждениях, например "общинные карточки набора очков", "метод местного административного управления на основе общин" медицинскими учреждениями и сопровождение женщин членами семей и общин – все эти меры могут способствовать обеспечению социальной подотчетности и должны применяться с учетом конкретной ситуации;

в) политическую подотчетность, которая требует, чтобы как национальные, так и субнациональные органы власти могли обосновать для законодателей используемые критерии и принимаемые решения по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Для того чтобы законодательный контроль был действенным, исполнительная власть должна транспарентным образом представлять бюджетные и плановые документы, а также результаты и предусматривать необходимое время и представлять соответствующую информацию для конструктивного обсуждения их парламентами и местными законодательными органами;

г) национальную правовую ответственность, которая включает обязанность государства гарантировать эффективное осуществление прав человека, в том числе обязанность предоставлять жертвам эффективные средства правовой защиты<sup>43</sup>. Средства правовой защиты могут быть судебными и несудебными, например предоставляемые национальными правозащитными учреждениями<sup>44</sup>;

д) международную ответственность, которая предусматривает систематическое включение информации о принимаемых мерах по предупреждению и сокращению материнской смертности и заболеваемости в доклады, представляемые международным правозащитным механизмом, в том числе региональным правозащитным органам, наблюдательным договорным органам, а также для проведения универсального периодического обзора Совету по правам человека, наряду с информацией о выполнении его рекомендаций.

<sup>43</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 3, пункт 5.

<sup>44</sup> See for example Kenya National Commission on Human Rights, "Realizing sexual and reproductive health rights in Kenya: a myth or reality?", 2012, available from [www.knchr.org/reproductivehealth.aspx](http://www.knchr.org/reproductivehealth.aspx).

75. **Применение правозащитного подхода зависит от повышения подотчетности многочисленных сторон и на различных уровнях, в рамках и вне рамок сектора здравоохранения, включая, в том числе, следующие параметры:**

а) **профессиональная ответственность.** Хотя находящиеся на "передовой линии" медицинских работников нельзя рассматривать как козлов отпущения за недостатки в работе учреждений, необходимо установить эффективные стандарты для обеспечения качества ухода, и в случае доказанности халатности, злоупотребления или неправильного лечения профессиональные ассоциации, медицинские советы и/или органы лицензирования должны применять санкции независимо от наличия контракта с поставщиками;

б) **институциональная ответственность.** Ответственность на уровне учреждения требует постоянного контроля и регулярного принятия последующих мер для устранения любых выявленных пробелов. Во всех учреждениях, предназначенных для пользователей системы здравоохранения, должны быть установлены процедуры рассмотрения жалоб, включая процедуры обжалования решений органами институционального управления или комитетами по этике об отказе в доступе к услугам охраны сексуального и репродуктивного здоровья в любой форме. Кроме того, следует ввести процедуры рассмотрения омпудсменами жалоб медицинских работников в каждом медицинском учреждении, предусмотрев возможность обжалования;

в) **подотчетность системы здравоохранения.** Помимо проведения постоянного систематического контроля и регулярного анализа препятствий следует регулярно рассматривать все случаи материнской смерти для извлечения уроков на всех уровнях системы здравоохранения – от поведения и действий отдельных лиц до национальной политики и на всех этапах медицинского обслуживания – от дома до больницы. Обзоры по вопросам материнской смертности должны проводиться в духе общей ответственности, а не поиска виновных, для обоснования мер по недопущению случаев материнской смертности в будущем;

г) **подотчетность частных субъектов.** Корпоративные предприятия и другие негосударственные субъекты несут ответственность за уважение прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье, и это означает, что они должны действовать с "должной осмотрительностью" или с соответствующей осторожностью во избежание ущемления таких прав человека<sup>45</sup>. В свою очередь государства должны принимать и осуществлять соответствующие законы, политику, правила и основные принципы, касающиеся таких нарушений;

д) **подотчетность доноров.** У доноров есть обязательства в плане международной помощи и сотрудничества, касающиеся прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, включая финансовые и нефинансовые обязательства, как указано ниже.

---

<sup>45</sup> См. A/HRC/17/31.

## **С. Средства правовой защиты**

76. Средства правовой защиты имеют важнейшее значение для осуществления прав. Они могут предоставляться в форме реституции, компенсации, сатисфакции или гарантий неповторения<sup>46</sup>. Средства правовой защиты могут носить административный характер, однако зачастую целесообразным будет обжалование в судебном порядке административных процедур<sup>47</sup>. Средства правовой защиты могут предоставляться также через национальные правозащитные учреждения. Во всех случаях средства правовой защиты должны быть физически доступными, доступными по цене, своевременными и эффективными, что потребует наличия соответствующих финансовых средств, потенциала и мандатов.

77. Средства судебной защиты играют ключевую роль в области прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, включая также:

- a) обеспечение осуществления имеющихся законов и политики;
- b) пересмотр законов, политики и бюджетов, не обеспечивающих должную защиту прав на сексуальное и репродуктивное здоровье;
- c) устранение дискриминационных барьеров для охраны сексуального и репродуктивного здоровья;
- d) обеспечение возмещения на практике за нарушения прав на сексуальное и репродуктивное здоровье.

78. Национальные правозащитные учреждения также должны содействовать обеспечению подотчетности в том, что касается прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, в частности путем расследования случаев нарушения прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье; осуществления контроля за выполнением законодательства, деятельностью отдельных учреждений, исполнением судебных решений и рекомендаций, выносимых международными правозащитными органами; и организации публичных слушаний и просветительских кампаний по вопросам материнской смертности и заболеваемости и прав человека.

79. Для обеспечения эффективного использования средств правовой защиты государство должно систематически повышать уровень знаний адвокатов, судей и населения о применении жалоб, касающихся прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье, а также выделять соответствующие финансовые средства для механизмов подотчетности.

80. Система эффективного обжалования зависит от поддержки парламентариями установленной ответственности за нарушение прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье, включая устранение физических, экономических и других барьеров на пути обращения к системам обжалования, особенно уязвимых или маргинальных групп; непредоставление своевременной помощи; отсутствие информации о наличии средств правовой защиты; неадекватность имеющихся правовых оснований для возбуждения исков с целью получения возмещения; и недостаточность финансирования, мандатов, независимости или компетентности национальных правозащитных учреждений.

<sup>46</sup> E/C.12/2000/4, пункт 59.

<sup>47</sup> E/C.12/1998/24, пункт 9.

## VI. Международная помощь и сотрудничество

81. Все партнеры по развитию должны вносить свой вклад в создание такого социального и международного порядка, при котором можно было бы реализовать права человека, включая права женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье<sup>48</sup>. Правозащитные обязательства, касающиеся укрепления здоровья населения мира, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, требуют обших подходов и систем коллективной ответственности наряду с глобальной повесткой дня в области развития, в которой центральное место отводится вопросам социальной и экологической устойчивости, равенству и уважению и реализации прав человека. Основные вопросы, касающиеся материнской смертности и заболеваемости, такие как гендерное равенство и поддержание эффективной и построенной на принципах равноправия системы здравоохранения, являются вызовами, с которыми сталкиваются страны с любым уровнем доходов.

82. Обязательства, касающиеся международной помощи и сотрудничества, требуют, чтобы государства, имеющие возможность оказывать помощь, делали это. Они требуют, чтобы государства, которые могут продемонстрировать отсутствие у них ресурсов для выполнения своих правозащитных обязательств, сдерживали процесс потери как финансовых, так и людских ресурсов и прибегали к механизмам международного сотрудничества<sup>49</sup>.

83. Признание ответственности негосударственных партнеров по развитию за обеспечение ненарушения ими в процессе своей деятельности прав человека приобретает все более широкие масштабы<sup>50</sup>.

84. Обязательства по оказанию международной помощи и сотрудничеству не подменяют обязательств национальных правительств, а дополняют их.

85. **Всем партнерам по развитию следует обеспечить правозащитный характер своей политики в области развития, для чего требуется, в частности, воздерживаться от причинения ущерба сексуальному и репродуктивному здоровью женщин.** Например, такие ограничения помощи, как ограничения в отношении информации, касающейся служб поддержки репродуктивного здоровья или режимов интеллектуальной собственности, которые создают препятствия на пути доступа к важнейшим медикаментам, ограничивают возможности правительств в области обеспечения права на сексуальное и репродуктивное здоровье<sup>51</sup>.

86. **Международное сотрудничество должно быть направлено на укрепление потенциала национальных систем здравоохранения для целей укрепления прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье.** Партнерам по развитию следует воздерживаться от создания административных структур, параллельных министерствам здравоохранения, и/или использования систем, не являющихся правительственными системами.

<sup>48</sup> Всеобщая декларация прав человека, статья 28. См. также Парижскую декларацию по повышению эффективности внешней помощи (2005) и Аккрскую программу действий (2008) Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) (имеется на вебсайте [www.oecd.org/dataoecd/30/63/43911948.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/30/63/43911948.pdf)), пункт 13 с).

<sup>49</sup> Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 2.

<sup>50</sup> См. A/HRC/17/31.

<sup>51</sup> E/C.12/1997/8, пункт 4; E/C.12/2000/4, пункт 41.

87. **Государствам-донорам следует защищать права женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье путем эффективного регулирования деятельности частных субъектов, которые находятся под их контролем**<sup>52</sup>. К ним относятся фармацевтические компании, производители товаров и оборудования и другие компании, влияющие на оказание услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья за рубежом.

88. **Важнейшее значение для глобального партнерства в целях развития имеет согласованность политики**. Например, государствам-донорам не следует вкладывать средства в укрепление систем здравоохранения, предписывая или разрешая частным субъектам, находящимся под их юрисдикцией, отвлекать людские ресурсы на цели политики в области миграции<sup>53</sup>. Государствам-донорам следует также на индивидуальной и коллективной основе проводить оценку торговой, экономической, финансово-бюджетной политики и политики регулирования задолженности для обеспечения согласованности в деле продвижения прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье.

89. **Партнерам по развитию следует обеспечивать экономическую помощь на прогнозируемой, согласованной и транспарентной основе**<sup>54</sup>. Необходимо достичь договоренности с национальными правительствами о поддержке консолидированных бюджетов, а также о представлении информации о "расходах, финансируемых извне"<sup>55</sup>. Систему отчетности кредиторов Комитета по оказанию помощи в целях развития ОЭСР следует усовершенствовать, с тем чтобы она могла своевременно учитывать все расходы партнеров по развитию на цели обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья<sup>56</sup>, а информация о таких расходах должна быть доступна для населения и распространяться в доступных форматах.

90. **Структура, осуществление и оценка международной помощи и сотрудничества во всех их аспектах должны обеспечивать участие гражданского общества и предполагаемых бенефициаров программ**. Партнерам по развитию следует публиковать свои программы оценки и регулярно представлять в доступных форматах отчеты группам гражданского общества, национальным парламентам и другим национальным контрольным органам и надзорным органам Организации Объединенных Наций.

---

<sup>52</sup> E/C.12/2000/4, пункт 39; A/60/348, пункт 62.

<sup>53</sup> Там же, пункт 61. См. также Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, 2010. Имеется на вебсайте [www.who.int/hrh/migration/code/WHO\\_global\\_code\\_of\\_practice\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf).

<sup>54</sup> ОЭСР, Парижское соглашение и Аккрская повестка дня (см. сноску 48). См. также Бусанское партнерство для эффективного сотрудничества в целях развития, итоги четвертого Форума высокого уровня по вопросу об эффективности внешней помощи, 2011. Имеется на вебсайте [www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME\\_DOCUMENT\\_-\\_FINAL\\_EN.pdf](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_EN.pdf).

<sup>55</sup> ВОЗ, *Соблюдая обещания, оценивая результаты* (см. сноску 5), стр. 2.

<sup>56</sup> Там же, рекомендация 9.