



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
23 April 2026
Russian
Original: English

Совет по правам человека

Шестдесят вторая сессия

15 июня — 10 июля 2026 года

Пункт 3 повестки дня

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

Здоровье как залог достоинства

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

Резюме

В настоящем докладе Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Тлаленг Мофокенг уделяет особое внимание праву на здоровье как залогому человеческого достоинства на протяжении всей жизни.

Специальный докладчик исследует неразрывную связь между достоинством и осуществлением права на здоровье. Она анализирует роль достоинства как основополагающего принципа права на здоровье и как практического условия его осуществления.

Она рассматривает посягательства на достоинство человека, включая стигматизацию, дискриминацию, криминализацию, принуждение, насилие и исключение из процесса принятия решений, как коренные причины плохих показателей здоровья. Она подчеркивает, что эти факторы в несоразмерно большей степени затрагивают людей, группы и сообщества, которые систематически подвергаются маргинализации.

Специальный докладчик рассматривает достоинство в контексте нормативных рамок права на здоровье и его взаимосвязь с другими правами человека, включая права на жизнь, равенство и недискриминацию, неприкосновенность частной жизни, доступ к информации и информированное согласие, а также с доступом к основополагающим детерминантам здоровья.

Она подчеркивает роль основополагающих детерминант здоровья, в том числе социальных, правовых и коммерческих, в формировании условий, в которых люди рождаются, живут, работают, стареют и умирают, включая пагубное воздействие карательных правовых норм и нерегулируемых коммерческих практик на автономию, доступ к медицинской помощи и равенство в сфере здравоохранения.



Специальный докладчик утверждает, что осуществление права на здоровье невозможно без достоинства, а достоинство не может в полной мере реализовываться без здоровья. Она призывает государства и другие заинтересованные стороны уделять первостепенное внимание обеспечению достоинства при разработке законов, политики и практических мер в сфере здравоохранения путем устранения структурных препятствий, расширения участия и повышения подотчетности, регулирования полномочий негосударственных субъектов и уделения приоритетного внимания наиболее обездоленным слоям общества.

I. Введение

1. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья подчеркивает, что достоинство является присущей каждому и равной ценностью каждого человека; оно не зависит от статуса или достижений, а основано на самом факте человеческого бытия, включая общую способность страдать, зависеть от сочувствия окружающих, формировать свою личность и строить жизненные планы¹. Она утверждает, что система прав человека основана именно на этом понимании. В 1948 году государства признали, что все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах, заложив тем самым универсальную основу взаимоотношений между человеком, обществом и государством².

2. Из этого принципа вытекает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Мандатарий заявляет, что осуществление права на здоровье способствует укреплению достоинства, и подчеркивает, что здоровье и достоинство взаимно укрепляют друг друга на протяжении всей жизни: достойное обращение способствует благополучию, а хорошее физическое и психическое здоровье открывает возможности для автономии, участия в общественной жизни и личностного роста в рамках своего сообщества.

3. Принцип уважения достоинства — это не просто риторическое дополнение к политике в области здравоохранения, а нормативный и практический ориентир, обязывающий государства относиться к людям как к носителям прав с собственной волей, справедливо распределять ресурсы, устранять структурные препятствия и обеспечивать, чтобы системы оказания медицинской помощи учитывали многообразие и уважали право каждого на самоопределение.

4. В начале своего срока полномочий Специальный докладчик определила принцип уважения достоинства в качестве стратегического приоритета, стремясь рассматривать его как основополагающий принцип, являющийся частью права на здоровье³. В ходе своей тематической работы по вопросам прав в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, снижения вреда, расизма, цифровых технологий, продовольственных систем, психического здоровья, а также прав медицинских и медико-социальных работников мандатарий выявила, что регулярные ущемления человеческого достоинства, включая стигматизацию, дискриминацию, криминализацию, принудительное лечение, препятствия в доступе к детерминантам здоровья и насилие, являясь коренными причинами предотвратимой заболеваемости, смертности и страданий⁴.

5. Специальный докладчик отмечает, что уязвимость и зависимость являются частью человеческого существования, однако законы и политические меры зачастую создают предотвратимые и систематические факторы уязвимости, усугубляя асимметрию власти и подвергая некоторые маргинализированные группы и сообщества повышенному риску ущемления человеческого достоинства и ухудшения показателей здоровья. Она подчеркивает, что криминализация, дискриминация и стигматизация зачастую задвигают людей на задний план, усугубляют социальную изоляцию и лишают их равного доступа к услугам, информации, возможностям участия и механизмам подотчетности.

6. Помимо доступа к медицинской помощи и основополагающим детерминантам здоровья, обеспечение достоинства и равенства требует активного участия затронутых групп и сообществ в разработке и реализации законов и политических мер и контроле за их осуществлением. Специальный докладчик подчеркивает, что участие — это не только право, но и способ подтверждения человеческого достоинства, который

¹ См. <https://delawarelaw.widener.edu/files/resources/dignityrightssynopsisjuly2017.pdf>.

² Всеобщая декларация прав человека, преамбула и ст. 1; и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, ст. 12.

³ См. резолюцию 60/10 Совета по правам человека и документ A/HRC/47/28.

⁴ См. A/HRC/56/52.

повышает эффективность политики, обеспечивая учет реального жизненного опыта при принятии решений⁵.

7. В контексте недавних глобальных кризисов, включая пандемии, климатические бедствия, конфликты и затяжные гуманитарные кризисы, мандатарий считает, что подходы в сфере здравоохранения, основанные на правах человека, должны удовлетворять насущные потребности и одновременно способствовать созданию устойчивых и инклюзивных систем, при этом одним из приоритетных результатов должно стать формирование жизнестойких сообществ. Подход, основанный на уважении достоинства человека, способствует тому, чтобы меры по реагированию на чрезвычайные ситуации не усугубляли дискриминацию, принуждение или изоляцию, а инвестиции в восстановление и реконструкцию укрепляли долгосрочное равенство. В своем анализе Специальный докладчик использует междисциплинарный подход, опираясь на антирасистские и антиколониальные концепции, которыми она руководствовалась на протяжении всего срока своих полномочий.

II. Методология

8. Настоящий доклад подготовлен во исполнение резолюции 60/10 Совета по правам человека и основан на предыдущих тематических докладах мандатария, проделанной ею работе, а также на сообщениях, направленных различным заинтересованным сторонам. Специальный докладчик также опиралась на материалы, полученные в рамках открытого призыва к представлению информации⁶.

9. При подготовке доклада Специальный докладчик применяла подход, основанный на принципе фактического равноправия, и признала, что неравенство в области охраны здоровья обусловлено взаимодействием различных факторов, включая расизм, сексизм, классовую дискриминацию, эйблизм, ксенофобию, гомофобию и трансфобию. Она рассмотрела как прямую, так и косвенную дискриминацию, а также структурную и фактическую дискриминацию и совокупное воздействие пересекающихся форм стигматизации.

10. Специальный докладчик проанализировала вопрос о том, как основополагающие детерминанты здоровья влияют на подверженность рискам и на доступ к медицинской помощи, а также как управление, законодательство, политика и практика, уважающие достоинство человека, могут способствовать более полной реализации права на здоровье и связанных с ним прав.

11. Специальный докладчик применяла подход, охватывающий весь жизненный цикл, признав, что угрозы здоровью, связанные с ущемлением достоинства, могут возникать еще до рождения и проявляться на протяжении всего детства, юности, зрелости и пожилого возраста, в том числе в конце жизни. Она также рассмотрела вопрос о том, как стигматизация, дискриминация и криминализация сказываются как на лицах, обращающихся за медицинской помощью, так и на медицинских и медико-социальных работниках, а также о том, как эти процессы взаимосвязаны и оказывают негативное влияние на достоинство людей.

III. Нормативная база и обязательства государств

A. Нормативная база

12. В пункте 2 статьи 2 и в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах признается право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья без какой-либо дискриминации. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам подчеркнул, что право

⁵ См. A/79/177.

⁶ См. www.ohchr.org/en/calls-for-input/2026/call-input-health-enabler-dignity-hrc62-report.

на здоровье следует рассматривать как право, обеспечивающее человеку достойные условия жизни⁷.

13. Принцип уважения достоинства является основополагающим принципом всех основных договоров и региональных документов по правам человека⁸, поскольку он определяет суть права на здоровье и задает рамки обязанностей государств по уважению, защите и обеспечению осуществления права на здоровье в соответствии с принципами автономии, равенства и участия⁹.

14. Достойная жизнь предполагает реализацию других взаимосвязанных прав, в том числе прав на питание, жилье, безопасную питьевую воду и санитарию, труд, социальное обеспечение, образование, неприкосновенность частной жизни, доступ к информации, жизнь, доступ к научным достижениям, равенство и недискриминацию¹⁰. Нарушения этих взаимосвязанных прав зачастую приводят к возникновению препятствий на пути к охране здоровья и усугубляют ущемление достоинства.

15. Право на здоровье основано на праве на жизнь, которое следует толковать как право на достойную жизнь. Обязанности государств по защите жизни распространяются на разумно предсказуемые угрозы, в том числе исходящие от частных лиц, и требуют принятия мер по борьбе со стигматизацией, насилием и вредными видами практики¹¹. Право на здоровье — это всеобъемлющее право, которое включает в себя доступ к своевременной и надлежащей медицинской помощи, в том числе к медицинским учреждениям, товарам и услугам, которые должны быть доступными, приемлемыми и качественными. Кроме того, оно охватывает основополагающие детерминанты здоровья, такие как здоровое и надлежащее продовольствие и питание, жилищные условия, безопасная питьевая вода и санитарные услуги, а также просвещение в области охраны здоровья и достоверная информация по вопросам, касающимся здоровья¹².

16. Уважение достоинства также предполагает, что люди рассматриваются не просто как объекты политики, а как носители прав и участники процессов ее формирования. Право на участие в общественной жизни и в процессе принятия решений в сфере здравоохранения укрепляет легитимность и эффективность систем здравоохранения, а также снижает риск того, что политика или практика приведут к укоренению стигматизации или игнорированию реальных жизненных обстоятельств¹³. Постепенная реализация и принцип недопущения регресса в области экономических, социальных и культурных прав также являются важными составляющими обеспечения здоровья и достоинства людей, в частности тех, кто принадлежит к маргинализированным группам населения¹⁴.

В. Обязательства государств

17. Государства обязаны уважать, защищать и обеспечивать соблюдение прав человека. В контексте права на здоровье обязанность уважать это право требует от государств воздерживаться от прямого или косвенного вмешательства в процесс осуществления права на здоровье, в том числе путем отказа от принятия законов,

⁷ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья, пп. 1, 8–12, 18 и 33–37.

⁸ См. A/HRC/WG.11/42/1, п. 10.

⁹ Всеобщая декларация прав человека, преамбула и ст. 1; и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, ст. 12.

¹⁰ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000).

¹¹ Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 36 (2018) о праве на жизнь, пп. 3, 18, 21 и 26.

¹² Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), пп. 1, 8–12, 18 и 33–37.

¹³ См. A/79/177.

¹⁴ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 32 и 48.

политики или практических мер, приводящих к предотвратимой заболеваемости и смертности.

18. Обязанность уважать это право включает в себя отказ от принятия и применения дискриминационных законов, политики и практических мер, а также их отмену в тех случаях, когда они уже существуют. Это также предполагает отказ от принудительных действий в сфере здравоохранения и обеспечение защиты физической автономии, права на информированное согласие, конфиденциальности и частной жизни.

19. Обязанность защищать требует от государств принятия законодательных и иных мер, направленных на предотвращение вмешательства третьих лиц в осуществление права на здоровье. Речь идет, в частности, о регулировании деятельности медицинских учреждений, коммерческих организаций и других частных субъектов, действия которых могут наносить ущерб здоровью и достоинству человека, а также о привлечении к ответственности в случае ущемления права на здоровье.

20. Обязанность обеспечивать соблюдение этого права требует от государств принятия — в максимальных пределах имеющихся ресурсов — целенаправленных, конкретных и адресных мер для реализации права на здоровье, не ущемляющих при этом достоинство человека. Это предполагает создание благоприятных условий, учет основополагающих детерминантов здоровья, предоставление услуг и достоверной информации, а также обеспечение эффективного участия и подотчетности.

21. Притом что некоторые аспекты права на здоровье подлежат постепенной реализации, Специальный докладчик подчеркивает, что обязательства по обеспечению недискриминации, равенства и доступа к важнейшим услугам и основным минимальным гарантиям защиты носят безотлагательный характер. Поэтому подходы, основанные на уважении достоинства, требуют принятия неотложных мер в тех случаях, когда законодательная база, политика или практика приводят к изоляции или наносят вред¹⁵.

IV. Здоровье и достоинство как взаимосвязанные права

A. Аспекты права на здоровье

22. Право на здоровье включает в себя три взаимосвязанных аспекта: автономию, медицинское обслуживание и профилактику. Для обеспечения здоровья при соблюдении достоинства необходимо одновременно уделять внимание всем трем аспектам, в том числе путем принятия мер в отношении основополагающих детерминант здоровья, а также путем внедрения гарантий, обеспечивающих свободу действий, равенство и отсутствие дискриминации.

23. Во-первых, аспект автономии включает в себя свободы и смежные права, которые защищают человека от посягательств на телесную автономию и позволяют принимать ответственные решения, касающиеся здоровья и собственного тела, без принуждения, стигматизации и дискриминации.

24. Во-вторых, аспект медицинского обслуживания предусматривает наличие системы учреждений, товаров и услуг, которые должны быть доступными, приемлемыми и качественными и должны предоставляться на справедливых условиях и учитывать разнообразные потребности, с тем чтобы никто не оставался без внимания.

25. В-третьих, аспект профилактики предусматривает необходимость принятия мер по предотвращению возникновения и прогрессирования заболеваний, а также создание условий, позволяющих всем людям вести здоровый образ жизни, в том числе путем учета социальных, правовых и коммерческих детерминант здоровья.

¹⁵ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 20 (2009) о недискриминации при осуществлении экономических, социальных и культурных прав, пп. 8–10 и 18–27.

26. Принцип уважения достоинства задает минимальный стандарт, запрещающий насилие, принуждение и унижающее достоинство обращение, и служит ориентиром для прогрессивного развития, направляющим системы здравоохранения к фактическому равноправию, инклюзивности, участию и недискриминации.

27. Для обеспечения уважения достоинства государства должны включить стандарты в области прав человека в законодательство, политику и нормативные акты в сфере здравоохранения, принимать меры к тому, чтобы при составлении бюджета и распределении ресурсов приоритет отдавался наименее обеспеченным слоям населения, а также создавать механизмы широкого участия, которые позволяют учитывать реальный опыт людей при разработке и контроле соответствующих мер в целях обеспечения подотчетности.

28. Уважение достоинства обеспечивает защиту сферы личной жизни, физической неприкосновенности и автономии человека. Оно предполагает защиту от унижающего достоинство обращения, навязчивых обысков или слежки, а также от посягательств на физическую автономию, в том числе в ходе медицинских осмотров и лечения¹⁶.

29. Рассматривая здоровье через призму достоинства, мы признаем, что люди — это не просто пациенты, а носители прав, заслуживающие уважения и способные принимать самостоятельные решения, касающиеся их тела и здоровья. Такой подход предусматривает наличие доступа к понятной и достоверной информации и достаточного времени для принятия решения, а также возможность отказаться от лечения или прекратить его без каких-либо репрессий или боязни репрессий. При этом предполагается, что механизмы получения согласия должны быть эффективными на практике. Это включает разумные приспособления для инвалидов и пожилых людей, доступные средства коммуникации, а также механизмы поддержки в принятии решений, обеспечивающие уважение правоспособности и личных предпочтений¹⁷.

30. Что касается прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, то концепция достоинства предполагает уважение решений, касающихся репродуктивной и сексуальной жизни, а также защиту от карательных законодательных ограничений в отношении телесной автономии, которые приводят к стигматизации и дискриминации. Ограничения, предусматривающие наказание для лиц, обращающихся за услугами по прерыванию беременности, для медицинских работников, предоставляющих такие услуги, или для тех, кто оказывает им содействие, могут подтолкнуть людей к применению небезопасных методов и удерживать их от обращения за помощью или оказания помощи после аборта¹⁸.

31. Криминализация однополых отношений и гендерного разнообразия ущемляет достоинство человека, отрицая его внутреннюю ценность, усиливая подверженность насилию и ограничивая доступ к услугам по профилактике и лечению. Подходы, основанные на уважении достоинства человека, предусматривают отмену карательных законов и мер в целях предотвращения дискриминационных действий со стороны полиции и насилия¹⁹.

32. Внедрение цифровых инноваций может способствовать укреплению здоровья и обеспечению равенства и инклюзивности, если оно сопровождается принятием надежных мер по защите частной жизни, конфиденциальности и целостности данных. В противном случае методы сбора данных, характеризующиеся высокой степенью вмешательства, и недостаточная конфиденциальность данных могут привести к уголовному преследованию или стигматизации людей и подорвать их право на достойный доступ к медицинской помощи²⁰.

¹⁶ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 8; и [A/64/272](#); см. также [A/64/272](#).

¹⁷ Комитет по правам инвалидов, замечание общего порядка № 1 (2014) о равенстве перед законом и замечание общего порядка № 5 (2017) о самостоятельном образе жизни и вовлеченности в местное сообщество.

¹⁸ См. [A/76/172](#).

¹⁹ Там же.

²⁰ См. [A/HRC/53/65](#).

33. Автономия укрепляется, когда сообщества могут влиять на основополагающие детерминанты здоровья, в том числе посредством представительного управления продовольственными системами, экологической политикой и медицинскими технологиями. Таким образом, участие, основанное на уважении достоинства, способствует как развитию личной субъектности, так и коллективному благополучию²¹.

В. Автономия

34. Специальный докладчик вновь подчеркивает, что право на телесную автономию и право на информированное согласие являются краеугольными камнями концепции достоинства в сфере здравоохранения²². Перед началом любого лечения необходимо получить предварительное, свободное и информированное согласие, основанное на доступной и достоверной информации, а также соблюдать право на неприкосновенность частной жизни и физическую неприкосновенность²³.

35. Доступ к точной, своевременной, доступной и достоверной информации о здоровье является необходимым условием для реализации права на здоровье и подлинной автономии. Без информации люди не могут принимать обоснованные решения в отношении профилактики, лечения и ухода, а также эффективно участвовать в разработке политики и принятии решений в сфере здравоохранения²⁴.

36. Конфиденциальность в медицинских учреждениях имеет решающее значение для формирования доверия и обращения за медицинской помощью. Недостаточные меры по обеспечению конфиденциальности подвергают людей риску стигматизации, насилия и правовых последствий, а также создают системные препятствия для маргинализированных групп населения, в том числе для людей, живущих с ВИЧ, мигрантов, подростков, пожилых людей, секс-работников и людей, употребляющих наркотики²⁵.

37. Ограничения в отношении конфиденциальности должны носить исключительный характер, иметь четко очерченные рамки и сопровождаться процессуальными гарантиями, предотвращающими их произвольное введение. Если обязанности по представлению отчетности или практика обмена данными сдерживают людей от обращения за медицинской помощью, это может негативно сказаться как на показателях здоровья, так и на уважении достоинства человека.

38. Меры по защите неприкосновенности частной жизни должны учитывать новые вызовы, связанные с цифровизацией медицинских данных и обменом информацией. Кроме того, методы сбора данных, характеризующиеся высокой степенью вмешательства, могут ущемлять достоинство человека и препятствовать доступу к медицинской помощи, особенно в тех случаях, когда данные могут использоваться для криминализации или стигматизации решений, касающихся здоровья, либо личности человека²⁶.

39. Специальный докладчик подчеркивает, что управление данными, основанное на принципе уважения достоинства человека, требует обеспечения надежных гарантий целостности, безопасности и конфиденциальности данных, в том числе мер защиты от слежения и профилирования, которые в несоразмерно большей степени затрагивают

²¹ См. [A/79/177](#).

²² См. [A/64/272](#).

²³ Международный пакт о гражданских и политических правах, ст. 7; и Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 8.

²⁴ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 12 b) iv) и c).

²⁵ Там же.

²⁶ См. [A/HRC/53/65](#).

маргинализированные группы, а также доступных средств правовой защиты в случае неправомерного использования персональной медицинской информации²⁷.

C. Равенство и недискриминация

40. Обеспечение равенства и недискриминации является безотлагательным обязательством²⁸. Дискриминация в доступе к медицинской помощи и основополагающим детерминантам здоровья, а также к средствам и возможностям для их получения по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения, сексуальной ориентации и гражданского, политического, социального или иного статуса приводит к сведению на нет или затруднению равного удовлетворения или осуществления права на здоровье²⁹.

41. Прямая дискриминация включает в себя действия или бездействие, при которых к тем или иным лицам применяется менее благоприятное обращение по запрещенным признакам, в том числе по признаку расы, пола, инвалидности, состояния здоровья, экономического и социального положения, сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

42. К косвенной дискриминации относятся внешне нейтральные законы, политика или практика, которые оказывают непропорционально большее и негативное воздействие на защищаемые группы населения, в частности требования к документации, приводящие к лишению мигрантов, бездомных и других лиц доступа к медицинской помощи.

43. Подходы, основанные на уважении достоинства, требуют от государств выявления и устранения обеих форм дискриминации, в том числе посредством принятия позитивных мер, ориентированных в первую очередь на наиболее обездоленные слои общества. Такие подходы предусматривают изменение законодательной базы, связанной со стигматизацией и маргинализацией, а также обеспечение предоставления услуг с учетом культурных особенностей³⁰.

44. Принцип недискриминации подразумевает учет не только формального равноправия, но и реальных последствий пересекающихся форм притеснения. Когда люди сталкиваются с пересекающейся стигматизацией — например, по признакам расы, сексуальной ориентации, гендерной идентичности и состояния здоровья — препятствия на пути к получению медицинской помощи могут нарастать, что требует принятия индивидуальных подходов, основанных на широком участии.

D. Основополагающие детерминанты здоровья

45. Специальный докладчик подчеркивает, что на состояние здоровья влияют не только биологические факторы и поведение отдельного человека, но и условия и среда, в которых люди рождаются, живут, работают, стареют и умирают. Таким образом, уважение достоинства человека предполагает уделение внимания не только доступу к медицинской помощи, но и основополагающим детерминантам здоровья³¹.

46. Социальные детерминанты здоровья, такие как доход, жилищные условия, образование, занятость, продовольственная безопасность и подверженность насилию, формируются под влиянием прошлой и продолжающейся дискриминации, изоляции и стигматизации. Когда эти условия усугубляются наличием системных препятствий,

²⁷ Там же.

²⁸ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, п. 2 (2).

²⁹ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 18.

³⁰ Там же, пп. 8–10 и 18–27.

³¹ См. www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health; и www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health.

они приводят к возникновению предотвратимых проявлений неравенства в области охраны здоровья и лишают людей возможности вести достойную жизнь³².

47. Стигматизация является одной из мощных основополагающих детерминант здоровья, поскольку приводит к социальной изоляции и дискриминационному обращению. Мандатарий вновь подчеркивает, что структурные детерминанты, в том числе расизм и другие перекрестные формы дискриминации, могут приводить к задержкам в постановке диагноза, неудовлетворительному опыту лечения, ненадлежащему обезболиванию и отказу от обращения за медицинской помощью, что, в свою очередь, ухудшает состояние здоровья³³.

48. Стигматизация также негативно сказывается на психическом здоровье. Дискриминация в учреждениях психиатрической помощи и стигматизация в обществе могут удерживать людей от обращения за помощью, приводить к более широкому применению принудительных мер в лечебных учреждениях, а также усугублять социальную изоляцию и обесценивание личности. Кроме того, обслуживание на местном уровне и меры защиты от принуждения являются ключевыми компонентами политики в области психического здоровья, основанной на уважении достоинства человека.

49. К правовым детерминантам здоровья относятся законы, политика и практика, которые закрепляют стигматизацию и влияют на доступ к услугам. Чрезмерно репрессивные правовые рамки, которые квалифицируют в качестве преступления определенные виды поведения, идентичности или состояния здоровья, могут создавать препятствия для профилактики, диагностики и лечения, а также усугублять подверженность насилию, преследованиям и произволу со стороны правоохранительных органов³⁴.

50. Криминализация может подорвать доверие к системам здравоохранения, если люди будут опасаться, что обращение к медицинским работникам приведет к наказанию, задержанию, аресту, депортации или лишению родительских прав. Такой страх негативно сказывается на желании обращаться за медицинской помощью при острых состояниях, лечении хронических заболеваний и использовании профилактических услуг.

51. В некоторых случаях антииммиграционная политика, расизм или расовое профилирование ограничивают доступ к медицинским услугам или могут приводить к установлению несправедливых обязательств по раскрытию информации для медицинских и медико-социальных работников, что сдерживает соответствующих лиц от обращения за медицинской помощью и ставит их перед выбором между здоровьем и безопасностью. Специальный докладчик предупреждает, что положения, предусматривающие обмен информацией с правоохранительными органами, могут привести к нарушению конфиденциальности и подорвать доверие, которое имеет решающее значение для отношений между пациентами и медицинскими работниками.

52. Коммерческие детерминанты здоровья также ставят под угрозу человеческое достоинство. В тех случаях, когда вредные товары и виды практики не подлежат регулированию или регулируются недостаточно, корпорации могут активно продвигать на рынке табачные изделия, алкоголь и нездоровую пищу, одновременно лоббируя против защитных мер, усугубляя неравенство и ограничивая реальный выбор, что оказывает сдерживающее воздействие на маргинализированные группы населения, в том числе на людей, живущих в условиях нищеты, и молодежь³⁵.

53. Маркетинг продуктов питания и напитков, особенно в тех случаях, когда он носит вводный в заблуждение характер или ориентирован на цифровую аудиторию, может подрывать автономию человека, формируя его предпочтения и влияя на его восприятие с помощью манипулятивных тактик, которые ставят прибыль выше благополучия. Специальный докладчик подчеркивает, что управление, основанное на

³² Ibid.

³³ См. A/76/172.

³⁴ См. A/HRC/56/52.

³⁵ См. A/78/175.

уважении достоинства человека, предусматривает урегулирование конфликтов интересов и обеспечение того, чтобы политика в области общественного здравоохранения определялась фактами, а не влиянием корпораций.

54. Кроме того, меры, основанные на уважении достоинства человека, предполагают изменение условий, которые порождают и закрепляют модели привилегий и угнетения, в том числе путем отмены пагубных мер уголовного преследования, регулирования деятельности корпоративных субъектов, укрепления системы социальной защиты и обеспечения участия затронутых сообществ в процессе принятия решений.

55. В чрезвычайных ситуациях и условиях дефицита ресурсов дискриминационные критерии сортировки пациентов могут привести к обесцениванию ценности жизни некоторых людей на основании оценок качества их жизни или долгосрочных прогнозов выживаемости, связанных с инвалидностью или возрастом. Принцип уважения достоинства требует, чтобы клинические критерии не содержали дискриминационных предположений, а меры защиты обеспечивали равный доступ к медицинским учреждениям и медицинской помощи, товарам и услугам.

Е. Достойное медицинское обслуживание и уход

56. Уважение достоинства предполагает наличие медицинской помощи, которая должна быть доступной, недорогой, качественной, учитывающей культурные особенности и свободной от дискриминации. Оно также предполагает наличие систем, учитывающих многообразие и предотвращающих насилие, принуждение и стигматизацию.

57. На практике сфера здравоохранения может становиться местом, где люди лишаются человеческого достоинства и подвергаются изоляции. Маргинализированные группы населения могут сталкиваться с дискриминацией, стигматизацией и расизмом в системе здравоохранения, что приводит к отказу от медицинской помощи, ухудшению показателей здоровья³⁶ и натянутым отношениям с медицинскими и медико-социальными работниками.

58. Специальный докладчик предупреждает, что системы здравоохранения, в рамках которых игнорируется самостоятельно определяемая гендерная идентичность, пренебрегают знания коренных народов или применяется практика помещения в специализированные учреждения в случае психосоциальной инвалидности, могут ущемлять достоинство человека, лишая его возможности самостоятельно принимать решения и чувствовать свою причастность к обществу. Кроме того, оказание услуг, основанных на уважении достоинства человека, требует учета межкультурных знаний и знаний коренных народов, уважительного общения и поддержки системы ухода по месту жительства.

59. Криминализация и карательная политика могут еще больше лишить людей доступа к медицинской помощи. Секс-работники могут отказываться от лечения из-за страха мести или передачи дела в органы системы уголовного правосудия; люди, употребляющие наркотики, могут отказываться от медицинской помощи из-за страха наказания; а женщины, желающие сделать аборт, могут прибегать к небезопасным методам, чтобы избежать обнаружения, что приводит к задержке обращения за медицинской помощью даже в случае возникновения осложнений³⁷.

60. Оказание медицинской помощи, основанное на уважении достоинства человека, требует строгого соблюдения конфиденциальности и профессиональной тайны, в том числе для обеспечения доступа к лечению в связи с осложнениями при беременности и родах и оказания помощи после аборта, а также для предотвращения

³⁶ См. A/77/197.

³⁷ См. A/HRC/56/52.

ситуаций, когда меры иммиграционного контроля сдерживают людей от обращения за медицинской помощью³⁸.

61. Паллиативная помощь является неотъемлемой частью обеспечения здоровья при уважении достоинства на протяжении всей жизни. Совершенствование паллиативной помощи в рамках систем здравоохранения позволяет облегчить излишнюю боль и страдания, а также способствует принятию осознанных решений о согласии на лечение, отказе от него или его прекращении, в том числе за счет предоставления услуг, учитывающих культурные особенности, и четкой информации³⁹.

62. Мандатарий подчеркивает, что уважение достоинства медицинских и медико-социальных работников является неотъемлемой частью концепции обеспечения здоровья при уважении достоинства. Безопасные условия труда, защита от насилия, достаточное финансирование и участие в процессе принятия решений позволяют медицинским и медико-социальным работникам оказывать помощь на основе соблюдения прав человека и выступать в качестве защитников права на здоровье⁴⁰.

63. Кадровые стратегии должны предусматривать обучение по вопросам прав человека, недискриминации и культурной безопасности, а также учитывать структурные неравенства, с которыми сталкиваются медицинские работники, включая расизм, гендерную дискриминацию и нестабильные условия труда.

64. Качественная медицинская помощь, основанная на уважении достоинства человека, предусматривает уважительное оказание услуг по охране материнства, предотвращение акушерского насилия, принятие мер защиты от принуждения и пренебрежения, а также проведение политики, способствующей принятию осознанных решений на всех этапах жизни.

65. Мандатарий предупреждает, что системы здравоохранения должны заранее принимать меры, чтобы избегать дискриминационных подходов в чрезвычайных ситуациях и условиях дефицита ресурсов. Она отмечает, что протоколы и рекомендации по сортировке пациентов должны разрабатываться с учетом равной ценности каждого человека и без явного или скрытого учета таких защищаемых признаков, как инвалидность и возраст.

66. В случаях, когда услуги предоставляются с нарушением культурных норм, особенно в отношении коренных народов и общин меньшинств, применение подходов, основанных на уважении достоинства, предполагает корректировки, привлечение устных переводчиков при необходимости, а также признание знаний и предпочтений общины.

67. Достойное медицинское обслуживание улучшается, когда медицинские услуги предоставляются по месту жительства, сокращается количество случаев необоснованной госпитализации, а в подход к оказанию помощи интегрируются услуги социальной поддержки, такие как обеспечение жильем, материальная поддержка и юридическая помощь, которые направлены на решение проблем, связанных с детерминантами здоровья, и учитывают прошлую маргинализацию и изоляцию.

Г. Недопущение причинения вреда: создание благоприятных условий

68. Политика в области профилактики здоровья основана на уважении достоинства человека, когда она расширяет возможности для осознанного выбора, а не ограничивает их.

³⁸ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 12 b) iv) и c).

³⁹ См. www.who.int/health-topics/palliative-care; и резолюция WHA67.19 Всемирной ассамблеи здравоохранения.

⁴⁰ См. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ec65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

69. Право на здоровье включает как свободы, так и смежные права. К свободам относится право на контроль за своим здоровьем, в том числе право быть свободным от принудительного лечения и не подвергаться без свободного согласия научным опытам. Права в рамках права на здоровье включают право на систему здравоохранения (а именно медицинское обслуживание и основополагающие социальные детерминанты здоровья), обеспечивающую людям равенство возможностей в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья.

70. Принцип уважения достоинства предполагает справедливое распределение основополагающих детерминант здоровья, включая доступ к полноценному питанию, образованию и социальной защите, а также к доступной и достоверной информации. Для недопущения причинения вреда необходимо устранять факторы, приводящие к заболеваниям, и создавать условия, способствующие укреплению здоровья.

71. Климатический кризис также оказывает негативное влияние на человеческое достоинство и безопасность. К числу последствий для людей и окружающей среды относятся потеря земель и жилья, снижение объемов и качества производства продовольствия, отсутствие продовольственной безопасности и неполноценное питание, а также вынужденное переселение.

72. Продовольственные системы, сформированные под влиянием глобализации и мощных корпоративных интересов, могут вытеснить более здоровые традиционные рационы питания и привести к росту потребления вредных для здоровья продуктов глубокой переработки за счет агрессивного и порой вводящего в заблуждение маркетинга. В связи с этим цифровой таргетинг может усугубить уязвимое положение тех, кто и без того находится в неблагоприятном положении⁴¹.

73. Для недопущения причинения вреда необходимо также бороться со структурным расизмом и другими формами дискриминации, которые определяют степень подверженности человека вреду, в том числе загрязнению воздуха и воды, включая лишение земельных прав, небезопасные условия труда и неравный доступ к полноценному питанию и безопасному жилью.

74. Мандатарий вновь подчеркивает, что подходы, направленные на снижение вреда, имеют решающее значение, а карательные меры усугубляют вред для здоровья. Такие меры, как программы обмена игл и шприцев, терапия агонистами опиоидов, проверка наркотиков, профилактика передозировок и социальная поддержка, позволяют снизить уровень предотвратимой заболеваемости и смертности, а также сохранить достоинство человека⁴².

75. Специальный докладчик подчеркивает, что полная реализация мер по профилактике зависит также от укрепления систем социальной защиты, включая материальную поддержку, выплату пособий по инвалидности, доступ к услугам по уходу за детьми и оплачиваемый отпуск, что может снизить риски для здоровья и способствовать достойной жизни.

76. Мандатарий подчеркивает, что механизмы мониторинга и оценки должны отслеживать влияние профилактических мер на обеспечение равенства, в том числе их различное воздействие в зависимости от расовой принадлежности, гендера, инвалидности, возраста и социально-экономического статуса, а также предусматривать принятие корректирующих мер в случаях, когда неравенство сохраняется.

77. Специальный докладчик подчеркивает, что в рамках профилактических мер следует учитывать экологические детерминанты здоровья, в том числе загрязнение воздуха, качество воды и климатическую жизнестойкость, признавая их влияние на здоровье и на возможность жить достойно. В связи с этим профилактика требует инвестиций в первичную медико-санитарную помощь и системы здравоохранения на

⁴¹ См. [A/HRC/26/31](#).

⁴² См. [A/HRC/56/52](#).

уровне местных сообществ, которые служат основой для своевременного вмешательства, непрерывности оказания медицинской помощи и укрепления доверия.

V. Управление

78. Помимо отдельных законов и политических мер, структуры управления регулируют межотраслевые системы, влияющие на здоровье и достоинство человека. Принцип уважения достоинства должен быть закреплён в системе государственного управления посредством норм, процедур и механизмов, регулирующих взаимоотношения между государством, частным сектором, гражданским обществом, общинами и отдельными лицами⁴³.

A. Участие

79. Конструктивное участие тех, кого законы и политические меры затрагивают в первую очередь, в их разработке, реализации и оценке повышает их эффективность и укрепляет чувство собственного достоинства, поскольку учитывает реальный жизненный опыт. Таким образом, участие является как неотъемлемым правом, так и важным условием для обеспечения эффективности политики в области здравоохранения.

80. Криминализация, дискриминация и стигматизация могут приводить к отчуждению маргинализированных групп от процесса принятия решений и к закреплению неэффективной и вредной политики. Специальный докладчик отмечает, что устранение этих препятствий необходимо для обеспечения всеобъемлющего участия и укрепления фактического равенства⁴⁴.

81. Для обеспечения участия необходимо открыть доступ к достоверной информации и материалам в доступных форматах и на соответствующих языках. В контексте нападения, основанного на дезинформации, Специальный докладчик подчеркивает, что обеспечение достоверной информации о здоровье является необходимым условием для автономии, участия и доверия.

82. Участие также требует соблюдения мер безопасности. Для сообществ, подвергающихся расовому профилированию, репрессивным методам полицейской деятельности, дискриминации или насилию, безопасное участие может потребовать правовой защиты, обеспечения конфиденциальности, выделения ресурсов для общественных организаций и гарантий отсутствия преследований.

83. Мандатарий отмечает, что участие должно осуществляться на всех этапах цикла разработки политики, включая определение повестки дня, разработку проектов, реализацию и оценку и не ограничиваться консультациями после принятия ключевых решений.

84. Укрепление потенциала может способствовать полноценному участию, в том числе путем обеспечения доступа к технической информации, письменному и устному переводу, а также путем выделения ресурсов на сбор данных и мониторинг, осуществляемые силами местных сообществ.

85. Мандатарий подчеркивает важность участия медицинских и медико-социальных работников в процессе разработки политики, поскольку их вовлечение способствует формированию справедливых, практичных и устойчивых стратегий и улучшает их реализацию за счет учета опыта, получаемого на местах⁴⁵.

86. Она отмечает, что участие расширяется, когда государства защищают гражданское пространство и свободу ассоциации, свободу слова и свободу собраний, признавая, что эти свободы позволяют отстаивать права на здоровье и достоинство.

⁴³ См. A/79/177.

⁴⁴ Там же.

⁴⁵ См. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ec65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

87. В гуманитарных ситуациях необходимо обеспечивать участие перемещенных лиц, мигрантов и затронутых сообществ в планировании медицинских услуг и распределении ресурсов, с тем чтобы меры экстренного реагирования не усугубляли проблему социальной изоляции.

88. Для обеспечения полноценного участия необходимо также устранить дисбаланс сил в системе глобального управления здравоохранением, в том числе обеспечить странам с низким и средним уровнем дохода, а также затронутым сообществам возможность влиять на определение приоритетов и финансирование.

89. Специальный докладчик подчеркивает необходимость опираться на те механизмы участия, эффективность и инклюзивность которых подвергаются оценке, в том числе с точки зрения того, приводят ли они к конкретным изменениям в политике и действительно ли в них находят отражение мнения маргинализированных групп.

90. Участие также играет важную роль в управлении технологиями цифрового здравоохранения, в том числе посредством вовлечения общественности в процесс их разработки и управления данными и механизмами подотчетности.

91. Участие следует рассматривать не как разовую процедурную меру, а как непрерывный процесс обеспечения уважения достоинства в контексте общественной жизни, причем должны принимать участие все заинтересованные носители прав.

В. Транспарентность и конфликты интересов

92. Специальный докладчик предупреждает, что конфликты интересов в сфере управления подрывают достоинство человека, поскольку ставят частную выгоду выше общественных интересов и подрывают доверие. Обязательства государств по уважению и защите права на здоровье включают в себя отказ от партнерских отношений, при которых процесс принятия решений подвергается влиянию частных интересов, а также недопущение вмешательства третьих сторон в процесс реализации прав человека⁴⁶.

93. Транспарентность и доступ к информации имеют решающее значение для обеспечения участия общественности и урегулирования конфликтов интересов, в том числе в случаях, когда корпоративные субъекты финансируют вводящую в заблуждение доказательную базу или практики введения в заблуждение, искажающие представление общественности о рисках для здоровья и возможных вариантах политики⁴⁷.

94. В сфере здравоохранения транспарентность необходима для поддержания доверия, в том числе транспарентность в сфере закупок, распределения ограниченных ресурсов и обоснования клинических рекомендаций.

95. Специальный докладчик отмечает важность обеспечения доступности механизмов подачи жалоб для маргинализированных групп, а также того, чтобы средства правовой защиты предусматривали как индивидуальную компенсацию, так и структурные реформы.

96. Независимые национальные правозащитные учреждения, омбудсмены и суды могут играть важную роль в предоставлении средств правовой защиты и обеспечении системной подотчетности, в том числе посредством мониторинга политики и практики в сфере здравоохранения.

С. Подотчетность

97. Подотчетность предполагает наличие эффективных средств правовой защиты и возмещения ущерба в случае нарушений прав, а также наличие мер по

⁴⁶ См. [A/79/177](#).

⁴⁷ Там же.

предотвращению повторных нарушений посредством мониторинга, регулирования и санкций, когда это уместно.

98. В медицинских учреждениях обеспечение подотчетности предусматривает наличие систем информирования о случаях жестокого обращения, дискриминации и насилия, в том числе акушерского насилия и злоупотреблений в стационарных условиях, а также наличие мер по их пресечению. Мероприятия по учебной подготовке и повышению осведомленности могут способствовать предотвращению нарушений и их выявлению.

99. Подотчетность также предполагает обеспечение конфиденциальности, с тем чтобы люди могли обращаться за медицинской помощью, не опасаясь наказания. Нормы, предусматривающие соблюдение профессиональной тайны и конфиденциальности, могут играть решающую роль в обеспечении доступа к неотложной медицинской помощи и предотвращении факторов, сдерживающих обращение за медицинской помощью⁴⁸.

100. Специальный докладчик отмечает, что обеспечение подотчетности корпоративных субъектов должно включать в себя контроль за соблюдением нормативных требований, санкции за вводящий в заблуждение маркетинг, а также меры по предотвращению вреда, наносимого продуктами и практиками, подрывающими здоровье.

101. В сфере цифрового здравоохранения обеспечение подотчетности предполагает возможность проверки систем, проведение оценок воздействия, принятие мер защиты от предвзятости и дискриминации, а также наличие четких механизмов, позволяющих гражданам обжаловать случаи неправомерного использования данных или использования автоматизированных процессов принятия решений⁴⁹.

102. Механизмы подотчетности должны предусматривать участие затронутых сообществ в процессе надзора, с тем чтобы мониторинг отражал реальный жизненный опыт, а средства правовой защиты учитывали ущерб, понесенный маргинализированными группами.

103. В чрезвычайных ситуациях подотчетность имеет решающее значение для обеспечения того, чтобы чрезвычайные меры были ограничены по времени, соразмерны и имели недискриминационный характер, а также чтобы в случае причинения вреда пострадавшие лица имели доступ к средствам правовой защиты.

104. Мандатарий подчеркивает важность международного сотрудничества в решении проблем, связанных с трансграничными детерминантами здоровья, включая корпоративную практику и глобальные цепи снабжения, а также обеспечение подотчетности за пределами национальных границ.

105. Механизмы подотчетности следует периодически пересматривать и укреплять, в том числе для учета новых рисков, связанных с новыми технологиями и меняющимися коммерческими стратегиями. Подотчетность также должна быть увязана с процессами обучения и совершенствования, при этом полученные выводы следует использовать для реформирования политики, повышения эффективности услуг и предотвращения нарушений прав в будущем.

106. При реализации этих мер подотчетность не должна сама по себе носить карательный характер или приводить к стигматизации; основное внимание следует по-прежнему уделять профилактике, средствам правовой защиты и структурным преобразованиям.

⁴⁸ Inter-American Court of Human Rights, *Manuela et al. v. El Salvador*, Judgment, 2 November 2021, paras. 204–215.

⁴⁹ См. A/HRC/53/65.

VI. Передовой опыт

107. Государства и заинтересованные стороны сообщают о практиках, направленных на укрепление здоровья и защиту достоинства групп населения, подвергающихся стигматизации и изоляции. Эти примеры демонстрируют практическую ценность подходов, основанных на правах человека, и важность лидерства на уровне местных сообществ.

108. В Австралии меры, направленные на удовлетворение потребностей аборигенов и островитян Торрессова пролива, учитывают существующие значительные различия в состоянии здоровья и неравенство в лечении, наблюдаемые в системе здравоохранения⁵⁰. Власти сотрудничают как с национальными, так и с местными органами власти в целях борьбы со стигматизацией и дискриминацией, которые связаны с охраной психического здоровья и с которыми сталкиваются, в частности, лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, квиры, интерсексы, асексуалы и другие гендерно вариативные лица, а также люди, живущие с ВИЧ⁵¹.

109. В Многонациональном Государстве Боливия в рамках многонационального плана по охране психического здоровья (2026–2030 годы) решается проблема стигматизации лиц с особенностями состояния психического здоровья или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ; при этом подчеркивается, что национальное законодательство предусматривает оказание помощи в общинных центрах, где пациент не теряет своих социальных связей и автономии⁵².

110. На Кубе в национальный план по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем, ВИЧ и гепатитом и в соответствующие планы действий на период 2019–2023 годов были включены положения об упоре на снижение стигматизации, в том числе о проведении мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи и работе с ключевыми группами населения⁵³.

111. В Доминиканской Республике были приняты законодательные акты и национальные планы, направленные на искоренение и сокращение стигматизации, дискриминации и криминализации, особенно в связи с ВИЧ⁵⁴.

112. В Мексике Институт социального обеспечения и благополучия в рамках своей институциональной программы на 2025–2030 годы уделяет приоритетное внимание решению проблемы недостаточного доступа к медицинской помощи, в том числе за счет применения общинного и межкультурного подходов⁵⁵.

113. В Марокко рамочный закон № 06–22 о национальной системе здравоохранения приоритизирует уважение и человеческое достоинство в контексте оказания медицинской помощи. Закон, в частности, закрепляет право на защиту физической и моральной неприкосновенности человека, право пациента на доступ к информации о своем состоянии здоровья, а также предусматривает меры по борьбе с любыми формами дискриминации или стигматизации по признаку состояния здоровья или инвалидности⁵⁶.

114. В Португалии были разработаны инициативы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, направленные на устранение стигматизации и препятствий, с которыми сталкиваются соответствующие лица при обращении за медицинской помощью, в том числе инициатива о создании Центра по борьбе с дискриминацией в связи с ВИЧ и СПИДом,

⁵⁰ Материалы, представленные Австралией.

⁵¹ Ibid.

⁵² Материалы, представленные Многонациональным Государством Боливия.

⁵³ Материалы, представленные структурами «4Метрика» (4Métrica) и «Защитники гражданских прав» (Civil Rights Defenders) (Куба).

⁵⁴ Материалы, представленные Доминиканской Республикой.

⁵⁵ Материалы, представленные Мексикой.

⁵⁶ Материалы, предоставленные Марокко.

который оказывает консультационную и юридическую помощь людям, живущим с ВИЧ и сталкивающимся с дискриминацией или нарушением своих прав⁵⁷.

115. В Испании принцип уважения человеческого достоинства занимает центральное место в системе здравоохранения в соответствии с национальным законодательством, которое дополняется мерами, направленными на искоренение стигматизации и неравенства, затрагивающих определенные группы населения. Были приняты различные программы, направленные на сокращение структурной дискриминации, в том числе в сфере снижения вреда, охраны психического здоровья и помощи людям, живущим с ВИЧ⁵⁸.

116. В дорожной карте Турции по борьбе с ВИЧ/СПИДом на период 2025–2030 годов среди целей указаны предотвращение дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, и случаев нарушения конфиденциальности, а также проведение информационно-просветительских мероприятий⁵⁹.

117. Что касается регионального уровня, то Европейский суд по правам человека вынес решения по делам, касающимся процедур юридического признания гендерной идентичности, которые нарушали Конвенцию о защите прав человека и основных свобод (Европейскую конвенцию по правам человека), а также сформировал судебную практику в отношении медицинской помощи, предназначенной специально для транс-лиц, в том числе для лиц, лишенных свободы. Кроме того, орган Совета Европы, занимающийся вопросами прав интерсекс-людей, поддерживает подход, согласно которому ключевым аспектом при проведении медицинских процедур является обеспечение автономии⁶⁰.

118. Модели оказания помощи, ориентированные на сообщество, направлены на переосмысление систем обслуживания на базе подходов, основанных на взаимоотношениях и культурных особенностях, в том числе подходов, при которых получатели услуг рассматриваются как «ключевые участники» или партнеры в процессе оказания помощи и которые способствуют отходу от патерналистских моделей.

119. В Испании Закон № 8/2021 о реформе гражданского и процессуального права, направленной на оказание поддержки инвалидам в реализации их дееспособности, преследует цель сокращения патерналистских практик в сфере здравоохранения и создания условий для поддержки инвалидов, с тем чтобы они могли проявлять свою автономию⁶¹.

120. Что касается регионального уровня, то в 14 странах Восточной Европы и Центральной Азии был создан общинный механизм для отслеживания случаев стигматизации и дискриминации как основных структурных препятствий, ограничивающих доступ к услугам для маргинализированных и ключевых групп населения, и принятия мер по их преодолению⁶².

121. Некоторые государства сообщили о стратегиях по сокращению масштабов стигматизации и дискриминации в сфере здравоохранения посредством проведения учебных мероприятий, внедрения профессиональных стандартов и создания механизмов рассмотрения жалоб, направленных на борьбу с расизмом и дискриминационным обращением.

122. В Австралии политика, определяющая деятельность Агентства по регулированию деятельности медицинских работников и национальных советов, направлена на повышение качества реагирования медицинских работников на случаи расизма и дискриминации; медицинским работникам рекомендуется проходить

⁵⁷ Материалы, представленные Португалией.

⁵⁸ Материалы, представленные Испанией.

⁵⁹ Материалы, представленные Турцией.

⁶⁰ Материалы, предоставленные Советом Европы.

⁶¹ Материалы, представленные Испанией.

⁶² Материалы, представленные фондом «Альянс общественного здоровья» (Alliance for Public Health) (Украина).

обучение и профессиональную подготовку с целью содействия формированию культуры противодействия расизму в системе здравоохранения⁶³.

123. В Многонациональном Государстве Боливия омбудсмен по вопросам охраны здоровья занимается проведением независимых расследований в отношении жалоб на дискриминацию и словесные оскорбления, а также обеспечивает применение административных санкций⁶⁴.

124. В Чехии в качестве меры профилактики, направленной на сокращение числа случаев передачи ВИЧ, проводится бесплатное анонимное тестирование на ВИЧ с консультированием, осуществляется просветительская деятельность по вопросам охраны сексуального здоровья и обеспечивается доступ к доконтактной профилактике для лиц в возрасте до 26 лет и представителей групп повышенного риска⁶⁵.

125. В Доминиканской Республике Национальный совет по ВИЧ/СПИДу осуществляет мониторинг и оказывает поддержку пострадавшим в случаях нарушения прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, действуя в сотрудничестве с Наблюдательным центром по правам человека⁶⁶.

126. В Сальвадоре обучение работников здравоохранения сосредоточено на вопросах прав человека, гуманизации медицинской помощи и оказания помощи группам населения, находящимся в уязвимом положении. Кроме того, принятие и внедрение протокола по гуманизации медицинской помощи в рамках сети учреждений Министерства здравоохранения дополняется национальным планом, направленным на обеспечение достойного обращения с пациентами⁶⁷.

127. В Люксембурге применяются некарательные подходы к поведенческим аспектам, связанным со здоровьем, и к сокращению масштабов стигматизации, в частности в сфере снижения вреда и декриминализации секс-работы; кроме того, проводятся реформы в сфере психиатрической помощи, направленные на борьбу со стигматизацией, и кампании по борьбе со стигматизацией в связи с ВИЧ/СПИДом. Закон о правах пациентов 2014 года направлен на обеспечение уважения достоинства, принципа информированного согласия, равного доступа к медицинской помощи, а также посредничества в случае возникновения конфликтов. Для борьбы со стигматизацией и дискриминацией в отношении маргинализированных групп Люксембург принял ряд мер, включая, в частности, обучение медицинских работников навыкам межкультурной компетентности, противодействию предвзятости, уважительному отношению к лесбиянкам, геям, бисексуалам, трансгендерам, квирам, интерсексам, асексуалам и другим гендерно вариативным лицам, а также методам работы с учетом перенесенных травм; внедрение механизмов подотчетности и рассмотрения жалоб; обеспечение вовлечения местного сообщества и участия представителей соответствующих групп; а также корректировку процесса оказания услуг с учетом нужд маргинализированных групп⁶⁸.

128. В Мексике обязательная подготовка медицинских работников, проводимая Институтом социального обеспечения и благополучия, ориентирована на вопросы прав человека и обеспечение учета гендерных аспектов и межкультурных особенностей и достойного обращения с пациентами. Что касается механизмов рассмотрения жалоб, то Национальная комиссия по урегулированию медицинских споров принимает жалобы и содействует примирению сторон и урегулированию споров⁶⁹.

129. Ряд государств сообщили о проведении законодательных реформ или внедрении стратегий, направленных на повышение степени автономии в сфере здравоохранения, включая меры по защите права на информированное согласие,

⁶³ Материалы, представленные Австралией.

⁶⁴ Материалы, представленные Многонациональным Государством Боливия.

⁶⁵ Материалы, представленные Чехией.

⁶⁶ Материалы, представленные Доминиканской Республикой.

⁶⁷ Материалы, представленные Сальвадором.

⁶⁸ Материалы, представленные Люксембургом.

⁶⁹ Материалы, представленные Мексикой.

регулированию вопросов конфиденциальности и поддержке оказания психиатрической помощи на уровне местных сообществ и деинституционализации⁷⁰.

130. В Многонациональном Государстве Боливия были приняты нормативные акты, направленные на обеспечение активного участия маргинализированных групп населения в осуществлении контроля за деятельностью системы здравоохранения. Кроме того, Закон 2026 года о децентрализации ресурсов в сфере здравоохранения предоставляет местным сообществам возможность распоряжаться средствами, выделяемыми на профилактику заболеваний. Кроме того, Министерство здравоохранения и спорта просит медицинских работников принимать меры к тому, чтобы пациент понимал суть своего лечения на родном языке и с учетом его ценностных ориентиров. Помимо этого, в рамках программы по обеспечению родов с учетом культурных особенностей в больницах третичного уровня оборудованы палаты, где беременная женщина может самостоятельно выбирать позу для родов и приглашать для сопровождения при родах традиционных акушеров⁷¹.

131. В Боснии и Герцеговине Закон о запрете дискриминации запрещает дискриминацию по признаку состояния здоровья, инвалидности, гендера и других личностных характеристик. Правительство проинформировало Специального докладчика о программах снижения вреда, разработанных для лиц, употребляющих наркотики, о включении в учебные программы вопросов, касающихся прав пациентов, а также о проведении информационно-просветительской кампании, направленной на дестигматизацию психических расстройств. Что касается структур, то законы о правах пациентов и соответствующие нормативные акты направлены на обеспечение права на информированное согласие, права на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность медицинских данных, а также права на отказ от медицинской помощи; при этом особое внимание уделяется защите детей, инвалидов и лиц, находящихся в медицинских и социальных учреждениях, в целях уменьшения дисбаланса сил между получателями услуг и поставщиками медицинских услуг⁷².

132. В Сальвадоре разрабатывается национальная стратегия по ВИЧ, направленная на обеспечение конфиденциального тестирования и уважительного отношения к пациентам без стигматизации⁷³.

133. В Люксембурге национальная правовая база, включая Закон о правах пациентов и меры по реализации стратегий в области общественного здравоохранения, направлена на борьбу с дискриминацией, обеспечение достойного обращения с пациентами, а также на гарантирование их права на информированное согласие, доступ к медицинской документации, выбор медицинского учреждения и право на отказ от лечения⁷⁴.

134. В Мексике в январе 2026 года в Общий закон о здравоохранении были внесены поправки, касающиеся цифрового здравоохранения, регулирования процесса обмена информацией и защиты персональных данных⁷⁵.

135. В Марокко сбор, обработка и хранение персональных данных регулируются законодательством, особенно в том, что касается конфиденциальности, целевого использования и безопасности. Это сделано, чтобы предотвратить злоупотребление медицинской информацией, снизить риск стигматизации и восстановить доверие пациентов к системе здравоохранения⁷⁶.

136. В 2024 году Норвегия утвердила программные рекомендации по профилактике употребления психоактивных веществ, снижению вреда и лечению, в которых особое внимание уделяется праву людей с расстройствами, связанными с употреблением

⁷⁰ См. также Комитет по правам инвалидов, замечание общего порядка № 1 (2014) и замечание общего порядка № 5 (2017).

⁷¹ Материалы, представленные Многонациональным Государством Боливия.

⁷² Материалы, представленные Боснией и Герцеговиной.

⁷³ Материалы, представленные Сальвадором.

⁷⁴ Материалы, представленные Люксембургом.

⁷⁵ Материалы, представленные Мексикой.

⁷⁶ Материалы, предоставленные Марокко.

психоактивных веществ, на уважение их достоинства; эти рекомендации служат общим ориентиром для разработки стратегии внутренней политики в области психоактивных веществ. Национальные профессиональные рекомендации по предотвращению принуждения в сфере психиатрической помощи взрослым направлены, в частности, на сокращение случаев принуждения за счет улучшения взаимодействия между муниципальными службами и специализированными медицинскими учреждениями, на укрепление системы раннего вмешательства в целях предотвращения принудительной госпитализации, а также на совершенствование подходов к лечению с акцентом на вовлечение пациента в процесс лечения и его просвещение⁷⁷.

137. В Испании поощряется развитие доступных услуг на местном уровне и альтернатив госпитализации, что позволяет учитывать социальные детерминанты здоровья. Что касается психического здоровья, то национальный план действий предусматривает, в частности, поддержку инициатив, представляющих собой альтернативу госпитализации и способствующих сокращению принудительных мер, а также разработку общинных программ, направленных на обеспечение психического благополучия уязвимых групп населения⁷⁸.

138. В качестве примеров можно привести хартии прав пациентов, которые обеспечивают соблюдение достоинства человека посредством прав на информацию, согласие, неприкосновенность частной жизни и доступ к медицинской документации, а также протоколы, способствующие недискриминационному доступу к медицинской помощи для маргинализированных групп населения.

139. В Люксембурге национальное законодательство позволяет пациентам самостоятельно определять, какие специалисты могут получать доступ к тем или иным медицинским данным, что способствует укреплению доверия и расширяет возможности пациентов в принятии решений⁷⁹.

140. Ряд государств сообщили о мерах, направленных на обеспечение доступа к гендерно-ориентированной медицинской помощи и на отказ от патологизации гендерного разнообразия, а также о мерах по предотвращению вредной практики так называемой «конверсионной терапии».

141. В Австралии Национальному совету по вопросам здоровья и медицинским исследованиям было поручено разработать новые национальные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи трансгендерным и гендерно вариативным лицам в возрасте до 18 лет, страдающим гендерной дисфорией⁸⁰.

142. В Многонациональном Государстве Боливия национальный протокол комплексного ухода за гендерно вариативными лицами основан не на патологизирующем подходе, а направлен на оказание всесторонней медицинской помощи и обеспечение бесплатного доступа к гормональной заместительной терапии под медицинским наблюдением⁸¹.

143. В Люксембурге в интересах улучшения показателей здоровья и обеспечения достоинства гендерно вариативных людей были приняты меры на законодательном и политическом уровнях и на уровне оказания услуг⁸².

144. В Мексике протокол о недискриминационном доступе к медицинским услугам для лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров, квилов, интерсексов, асексуалов и других гендерно вариативных лиц способствует проявлению уважения к самостоятельно определяемой гендерной идентичности. Еще один специальный протокол направлен на повышение квалификации персонала, приведение медицинских карт в соответствие с гендерной идентичностью, а также на обеспечение

⁷⁷ Материалы, представленные Норвегией.

⁷⁸ Материалы, представленные Испанией.

⁷⁹ Материалы, представленные Люксембургом.

⁸⁰ Материалы, представленные Австралией.

⁸¹ Материалы, представленные Многонациональным Государством Боливия.

⁸² Материалы, представленные Люксембургом.

комплексного медицинского обслуживания в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и психического здоровья⁸³.

145. В Норвегии лицам старше 16 лет, желающим сменить гендер, больше не требуется проходить курс лечения и каждый имеет право сменить гендер на основании собственного самоощущения⁸⁴.

146. В Португалии были приняты законодательные меры по борьбе со стигматизацией, дискриминацией и вредными практиками, связанными с сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью, в частности были внесены поправки в законодательство, запрещающие так называемую «конверсионную терапию» и устанавливающие уголовную ответственность за действия, направленные на изменение, ограничение или подавление сексуальной ориентации, гендерной идентичности или гендерного самовыражения человека. Эти поправки содержат положения, предусматривающие проведение информационно-просветительских кампаний, ориентированных на родителей, семьи и местные сообщества, в целях разъяснения неэффективности и пагубных последствий принудительной конверсионной терапии⁸⁵.

147. В Испании Закон № 4/2023 направлен на обеспечение доступа к медицинским услугам без дискриминации и на искоренение практики патологизации различных гендерных идентичностей; с 2025 года оказание медицинской помощи трансгендерам и гендерно вариативным лицам включено в перечень процедур, требующих участия специалиста, в соответствующих центрах, службах и первичных консультационных пунктах⁸⁶.

148. К числу других мер относятся стратегии по расширению охвата медицинским страхованием людей, живущих с ВИЧ, кампании по сокращению масштабов стигматизации, направленные на изменение отношения медицинских работников к таким людям, а также дифференцированные услуги, ориентированные на потребности пользователей.

149. В Доминиканской Республике благодаря межведомственной стратегии в области социальной защиты к декабрю 2025 года 34 000 человек, живущих с ВИЧ, были включены в систему субсидированного медицинского страхования в рамках Национальной программы медицинского страхования⁸⁷.

150. Цифровые технологии используются для расширения доступа к услугам при одновременном обеспечении конфиденциальности, в том числе для конфиденциального заказа наборов для самотестирования на ВИЧ и, по желанию, для направления к специалистам для профилактики и лечения.

151. Некоторые государства представили доклад о принятии мер, регулирующих отказ от оказания услуг в сфере репродуктивного здоровья по соображениям совести, в целях предотвращения отказа в доступе к таким услугам, а также о проведении законодательных реформ, разъясняющих обязанности по оказанию таких услуг.

152. В Испании нормативное регулирование вопросов отказа от оказания услуг по соображениям совести и создание реестра специалистов, отказавшихся от оказания соответствующих услуг, являются важными инструментами, призванными предотвратить ситуацию, при которой коллективный отказ от оказания услуг ограничивает право на аборт⁸⁸.

⁸³ Материалы, представленные Мексикой.

⁸⁴ Материалы, представленные Норвегией.

⁸⁵ Материалы, представленные Португалией.

⁸⁶ Материалы, представленные Испанией.

⁸⁷ Материалы, предоставленные Доминиканской Республикой.

⁸⁸ Материалы, представленные Испанией.

153. Среди инициатив, о которых сообщили Специальному докладчику, были также инициативы по обеспечению мобильных медицинских услуг для обслуживания сельских и отдаленных населенных пунктов, а также созданию законодательной базы, регулирующей цифровые медицинские услуги и информационные системы.

154. В Боснии и Герцеговине развитие мобильных и выездных медицинских служб, особенно в сельских и отдаленных районах, а также подготовка медицинских работников к работе с маргинализированными и уязвимыми группами населения, среди прочего, направлены на преодоление и искоренение стигматизации и дискриминации⁸⁹.

155. В Сальвадоре создание отделений психиатрической помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, включая проведение виртуальных консультаций по психотерапии через онлайн-платформу, является одним из способов содействовать устранению географических барьеров⁹⁰.

156. Эти примеры подчеркивают тот факт, что обеспечение достоинства может быть реализовано посредством правовой защиты, лидерства со стороны местных сообществ и реформ в сфере управления, направленных на смещение баланса сил в сторону затронутых сообществ и носителей прав.

157. Некоторые государства проинформировали Специального докладчика о мерах, направленных на обеспечение реального участия маргинализированных общин и проведения с ними консультаций при разработке, реализации и оценке политики и программ в области здравоохранения, затрагивающих их интересы.

158. Австралия сообщила Специальному докладчику, что в настоящее время ведется разработка третьего издания «Национальных стандартов безопасности и качества медицинского обслуживания» в консультации с аборигенами и жителями островов Торрессова пролива, лицами с особенностями интеллектуального развития, членами их семей и лицами, осуществляющими уход за ними, лицами, подвергавшимися культурной или расовой маргинализации, а также жителями сельских и отдаленных районов. Существуют и другие инициативы, которые свидетельствуют о стремлении проводить консультации с другими заинтересованными сторонами, в том числе с женскими организациями, организациями, представляющими интересы лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров, квиров, интерсексов, асексуалов и других гендерно вариативных лиц, с правозащитниками, отстаивающими права людей с инвалидностью, с людьми, пережившими психические расстройства и/или суицидальные наклонности, а также с членами их семей⁹¹.

159. Многонациональное Государство Боливия сообщило, что через социальные советы по вопросам здравоохранения представители секс-работников, мигрантов, людей, живущих с ВИЧ, и коренных народов оценивают ход достижения целей в области здравоохранения в своих регионах, обеспечивая при этом корректировку программ с учетом их конкретных потребностей⁹².

160. Доминиканская Республика и Сальвадор сообщили Специальному докладчику, что при разработке национальных планов и стратегий учитываются интересы маргинализированных сообществ, в частности групп населения, затронутых ВИЧ⁹³.

161. Мексика сообщила, что Национальный совет по предотвращению дискриминации содействует активному вовлечению общин посредством создания площадок для диалога и консультаций с организациями гражданского общества, а также разрабатывает рекомендации на основе информации, получаемой через механизмы подачи жалоб, исследования, диагностику и свидетельские показания. Совет также разработал стратегии обеспечения прямого участия общественности⁹⁴.

⁸⁹ Материалы, представленные Боснией и Герцеговиной.

⁹⁰ Материалы, представленные Сальвадором.

⁹¹ Материалы, представленные Австралией.

⁹² Материалы, представленные Многонациональным Государством Боливия.

⁹³ Материалы, представленные Доминиканской Республикой и Сальвадором.

⁹⁴ Материалы, представленные Мексикой.

162. Специальному докладчику также были представлены примеры того, как обеспечение равного доступа к обучению и информации в области охраны здоровья направлено на сокращение неравенства и укрепление системы здравоохранения.

163. В Австралии была принята инициатива, направленная на предоставление информации о разработке, безопасности и эффективности вакцин, а также на устранение опасений населения, связанных с вакцинацией против коронавирусной инфекции (COVID-19)⁹⁵.

164. В Люксембурге маргинализированные группы населения все чаще привлекаются к разработке, реализации и оценке политики в сфере здравоохранения, и делается это в основном посредством консультаций с представителями гражданского общества⁹⁶. Кроме того, школы обеспечивают всестороннее, соответствующее возрасту просвещение по вопросам питания, охраны психического, сексуального и репродуктивного здоровья и профилактики злоупотребления психоактивными веществами⁹⁷.

165. В Мексике реализация стратегий и программ, направленных на обеспечение доступа к обучению и информации в области охраны здоровья с упором на равенство и укрепление системы здравоохранения, в том числе для сельских общин и маргинализированных групп населения в городских районах, призвана устранить существующие пробелы⁹⁸.

166. Испания сообщила Специальному докладчику, что расширение прав и возможностей пациентов осуществляется через Сеть школ здравоохранения для граждан, объединяющую школы здравоохранения во всех автономных сообществах страны. Что касается вопросов сексуального здоровья и ВИЧ, то правительство отметило, что проведение информационно-просветительских кампаний и распространение специальных материалов способствует повышению уровня информированности об охране здоровья среди уязвимых групп населения⁹⁹.

167. Что касается примеров решения конфликтов интересов, то некоторые государства проинформировали Специального докладчика о принятых мерах.

168. Многонациональное Государство Боливия сообщило Специальному докладчику, что в 2026 году Министерство здравоохранения и спорта внедрило систему отслеживания направлений пациентов, призванную предотвратить перенаправление пациентов врачами государственного сектора в частные клиники, находящиеся в их ведении, в целях обеспечения того, чтобы медицинские решения принимались исключительно исходя из состояния пациента, а не в целях личной финансовой выгоды¹⁰⁰.

169. Сальвадор внедрил Закон о государственных закупках и нормы правительственной этики, которые не допускают ненадлежащего влияния со стороны фармацевтической отрасли на назначение лекарственных средств, с тем чтобы клинические решения принимались исключительно на основе наиболее достоверных имеющихся данных и с учетом принципа уважения достоинства пациента, а не коммерческих интересов¹⁰¹.

170. Люксембург сообщил Специальному докладчику, что в целях снижения влияния материальных стимулов на принятие клинических решений правительство урегулировало тарифы оплаты, ввело этические нормы, обязывающие врачей ставить интересы пациента на первое место, и требования об обязательном декларировании

⁹⁵ Материалы, представленные Австралией.

⁹⁶ Материалы, представленные Люксембургом.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Материалы, представленные Мексикой.

⁹⁹ Материалы, представленные Испанией.

¹⁰⁰ Материалы, представленные Многонациональным Государством Боливия.

¹⁰¹ Материалы, представленные Сальвадором.

финансовых интересов, а также поручило Национальной службе здравоохранения отслеживать необычные тенденции в назначении лекарственных средств¹⁰².

171. Мексика проинформировала Специального докладчика о прогрессе, достигнутом в области внедрения нормативно-правовой базы, создания комитетов по биоэтике, введения обязательств по раскрытию информации об имуществе и финансовых интересах и механизмов надзора, призванных обеспечивать принятие решений в сфере здравоохранения исходя из общественных интересов и принципов справедливости и безусловного уважения человеческого достоинства¹⁰³.

172. Испания указала на необходимость поощрения моделей оказания помощи по месту жительства, стратегий сокращения использования лекарственных средств и развития практики направления в службы социальной или общественной поддержки, а также сокращения стимулов к чрезмерному назначению лекарств и расширению применения немедикаментозных и ориентированных на местные сообщества альтернатив¹⁰⁴.

VII. Текущие проблемы

173. Несмотря на наличие инициатив, направленных на борьбу со стигматизацией и дискриминацией, люди с интеллектуальной инвалидностью и особенностями развития, а также лица с синдромом Дауна, по имеющимся данным, по-прежнему сталкиваются с системными препятствиями в получении надлежащего, непрерывного и уважительного ухода¹⁰⁵. Притом что существуют нормативная база, политика и другие инициативы, направленные на борьбу с дискриминацией по признаку ВИЧ-статуса и обеспечение строгого режима конфиденциальности медицинской информации, на практике, по имеющимся данным, соблюдение конфиденциальности и ненадлежащее поведение со стороны поставщиков услуг остаются проблемными вопросами, требующими решения¹⁰⁶.

174. Сообщается, что, хотя в ряде стран принимаются меры по устранению неравенства в сфере здравоохранения, коренные народы по-прежнему сталкиваются с неравенством в показателях здоровья из-за структурной или системной дискриминации¹⁰⁷. По имеющимся данным, в ряде стран маргинализированные группы населения официально не привлекаются к процессам консультаций или к разработке политики в области здравоохранения¹⁰⁸, а лица, лишённые свободы, имеют ограниченные возможности для участия в планировании, мониторинге или разработке политики в сфере здравоохранения на национальном уровне¹⁰⁹.

175. Несмотря на то что предпринимаются шаги по борьбе со стигматизацией и дискриминацией, с которыми сталкиваются гендерно вариативные люди, в некоторых странах отсутствие законодательства, запрещающего ненужные хирургические операции или лечение интерсекс-людей и лиц с вариативными половыми признаками, либо обеспечивающего их право на телесную автономию, может приводить к

¹⁰² Материалы, представленные Люксембургом.

¹⁰³ Материалы, представленные Мексикой.

¹⁰⁴ Материалы, представленные Испанией.

¹⁰⁵ Материалы, предоставленные Фондом Жерома Лёжёна (Jerome le Jeune foundation).

¹⁰⁶ Материалы, предоставленные организацией «Адвокаты без границ» (канадское отделение) (Avocats sans frontières Canada) и Ассоциацией юристок Сенегала.

¹⁰⁷ Материалы, представленные Ассамблеей вождей Манитобы (Assembly of Manitoba Chiefs) и Даймонд Джонни.

¹⁰⁸ Материалы, представленные Ассоциацией инвалидов (Бангалор), Медицинским факультетом Университета Сан-Паулу, Ассоциацией молодых коренных народов (Бразилия) и организацией «Международная амнистия».

¹⁰⁹ Материалы, представленные Евразийским движением за право на охрану здоровья в тюрьмах (Eurasian Movement for the Right to Health in Prisons).

стигматизации и проведению необратимых медицинских вмешательств без согласия самих носителей прав¹¹⁰.

176. Кроме того, действующие законы и политические меры могут служить препятствием для принятия и проведения основанной на правах человека политики в отношении маргинализированных групп населения; в сочетании с отсутствием эффективных механизмов подотчетности конфликты интересов могут еще больше усугублять ущемление достоинства лиц, лишенных свободы¹¹¹.

177. При условии наличия соответствующей национальной законодательной базы в сфере цифрового здравоохранения и полного соблюдения требований по защите медицинских данных пациентов цифровизация здравоохранения может способствовать улучшению показателей здоровья за счет устранения неравенства в доступе к медицинским услугам, снижения связанных с этим затрат, а также обеспечения возможности для пациентов получать доступ к своим медицинским картам, рецептам и медицинской информации¹¹².

VIII. Выводы и рекомендации

178. Специальный докладчик утверждает, что осуществление права на здоровье невозможно без достоинства, а достоинство не может в полной мере реализовываться без здоровья. Поэтому для удовлетворения неотложных потребностей в области охраны здоровья и одновременного укрепления устойчивости и жизнеспособности сообществ необходимо применять подход, основанный на правах человека и ориентированный на уважение достоинства.

179. Подотчетность — это общее признание того, что посягательства на достоинство не будут допускаться. Таким образом, эффективная подотчетность укрепляет общественное доверие и нормативную силу права на здоровье.

180. Государства должны уважать и защищать право на здоровье и обеспечивать его осуществление с соблюдением принципов достоинства, автономии, равенства, участия и подотчетности, в том числе путем учета социальных, правовых и коммерческих детерминант здоровья.

181. Специальный докладчик рекомендует государствам и другим соответствующим заинтересованным сторонам:

a) создать законодательную базу, гарантирующую конфиденциальность, неприкосновенность частной жизни и информированное согласие и предусматривающую меры защиты для групп населения, подверженных повышенному риску стигматизации или криминализации, а также обеспечивать доступность и достоверность медицинской информации¹¹³;

b) отменить карательные меры, которые криминализуют поведенческие аспекты, идентичность или состояния, связанные со здоровьем, и создают препятствия для получения медицинской помощи, а также принять меры по снижению вреда с целью минимизации негативных последствий и обеспечения доступа к услугам¹¹⁴;

¹¹⁰ Материалы, представленные организациями «За пределами границ: знания и проблемы интерсекс-людей» (Beyond the Boundary – Knowing and Concerns Intersex) и «Компас интерсексов» (Brújula Intersexual) (Мексика и Латинская Америка), а также Центром по репродуктивным правам (Center for Reproductive Rights), организацией «Уимен инэйблд интернэшнл» (Women Enabled International), Международной федерацией планируемого родительства (the International Planned Parenthood Federation) и ассоциацией «ИЛГА-мир» (ILGA World).

¹¹¹ Материалы, представленные организацией «Врачи за права человека — Израиль».

¹¹² Материалы, представленные проектом «Цифровое здравоохранение и права человека».

¹¹³ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 12 b) iv) и c).

¹¹⁴ См. A/HRC/56/52.

с) регулировать действия негосударственных субъектов, в том числе корпораций, которые наносят ущерб здоровью, включая вредные маркетинговые практики, дезинформацию и конфликты интересов, а также обеспечивать транспарентность и подотчетность в процессе принятия решений¹¹⁵;

d) рассмотреть возможность введения ограничений или запретов на маркетинг вредных для здоровья продуктов питания, табака и алкоголя, а также размещения предупредительной маркировки на лицевой стороне упаковок, принятия фискальных мер, сдерживающих спрос на вредные товары, и установления правил закупок здоровых продуктов в государственных учреждениях в соответствии с научными данными и принципами прав человека для предприятий;

e) принять меры к тому, чтобы медицинские услуги для традиционно маргинализированных групп населения, в том числе услуги в области охраны психического здоровья, были доступными, приемлемыми и качественными, в том числе за счет оказания помощи с учетом культурных особенностей и предоставления услуг по месту проживания;

f) вкладывать средства в повышение грамотности в вопросах здоровья и просвещение населения, в том числе с помощью цифровых платформ, оснащенных механизмами защиты от дезинформации, обеспечивая доступность информации, ее соответствие культурным особенностям и отсутствие конфликтов интересов¹¹⁶;

g) защищать достоинство и права медицинских и медико-социальных работников, в том числе путем обеспечения безопасных условий труда и их участия в процессе разработки политики, а также уделять особое внимание вопросам прав человека в контексте медицинского образования и профессиональной подготовки¹¹⁷;

h) гарантировать наличие механизмов обеспечения транспарентности и реального участия в процессах принятия решений для тех сообществ, здоровье и благополучие которых зависят от этих решений, в том числе для тех, кто долгое время подвергался изоляции и маргинализации;

i) создавать и укреплять механизмы подотчетности, направленные на предотвращение, смягчение последствий и возмещение ущерба в случае нарушений прав на здоровье и достоинство со стороны государственных и негосударственных субъектов, в том числе в медицинских учреждениях и в сфере регулирования деятельности частных структур;

j) при реализации этих рекомендаций уделять первоочередное внимание самым обездоленным слоям населения и применять междисциплинарный подход, направленный на борьбу с многофакторными формами дискриминации, в том числе в интересах тех, кто подвергается стигматизации, дискриминации или криминализации по признакам расы, пола, инвалидности, состояния здоровья, экономического и социального положения, сексуальной ориентации и гендерной идентичности;

k) обеспечивать доступность медицинских услуг, товаров и учреждений и учет основополагающих детерминант здоровья на основе принципа фактического равноправия и без какой-либо дискриминации¹¹⁸;

l) поддерживать обучение, обновление учебных программ и разработку профессиональных стандартов, направленных на борьбу с дискриминацией и скрытыми предубеждениями в сфере здравоохранения и клинической практике,

¹¹⁵ См. A/78/175.

¹¹⁶ См. A/79/177.

¹¹⁷ См. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

¹¹⁸ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 20 (2009), пункты 8–10 и 18–27.

а также обеспечивать доступность механизмов подачи жалоб и наличие эффективных средств правовой защиты;

m) улучшать условия для достойной жизни путем обеспечения доступа к надлежащему жилью, продовольствию и воде, безопасным условиям труда, социальной защите и образованию, а также путем обеспечения того, чтобы медицинские услуги были адаптированы к культурным особенностям и доступны для тех, кто в наибольшей степени страдает от структурного неравенства¹¹⁹;

n) интегрировать паллиативную помощь и принцип уважения достоинства пожилых людей в системы здравоохранения и соответствующую политику, проводить подготовку медицинских работников, обеспечивать автономию и избавление от ненужных страданий, в том числе за счет обеспечения доступа к основным лекарственным средствам для обезболивания, а также устранять препятствия для доступа к услугам, включая стигматизацию в отношении ухода за пациентом в терминальной стадии болезни¹²⁰;

o) принять меры к тому, чтобы финансирование и управление в сфере здравоохранения, в том числе, например, политика закупок, отражали принципы надлежащего управления и фактического равноправия, в том числе посредством целенаправленной информационно-просветительской работы, устранения административных препятствий и обеспечения доступности медицинских услуг для населения с низким уровнем дохода;

p) в тех случаях, когда доступ к безопасным абортam ограничен, следует принять меры по проведению законодательных и правовых реформ, направленных на декриминализацию, а также незамедлительно принять меры по снижению вреда, в том числе путем обеспечения доступа к информации и просвещению в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, доступным средствам контрацепции, медицинской помощи без стигматизации и строгой защите конфиденциальности при оказании помощи после аборта и неотложной медицинской помощи¹²¹;

q) там, где по-прежнему действуют карательные законы, следует принять меры по сокращению дискриминационных действий со стороны полиции, предотвращению насилия и обеспечению недискриминационного доступа к медицинским услугам, включая профилактику и лечение ВИЧ¹²²;

r) включить меры по укреплению психического здоровья в стратегии по профилактике здоровья, признавая, что стигматизация и изоляция усугубляют психологический дистресс, а предоставление услуг по месту проживания способствует улучшению показателей здоровья;

s) следить за тем, чтобы меры по профилактике здоровья не превращались в инструменты принуждения, карательного надзора или дискриминации, а также за тем, чтобы любые ограничения прав соответствовали строгим требованиям необходимости и соразмерности;

t) поддерживать проведение исследований и сбор данных, основанных на принципах этики, широкого участия и соблюдения прав человека, обеспечивая при этом надежную защиту конфиденциальности и избегая методов сбора данных, ведущих к стигматизации;

u) обеспечивать участие, в частности, женщин, подростков, пожилых людей, инвалидов, лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров, квиров, интерсексов, асексуалов и других гендерно вариативных лиц, а также людей,

¹¹⁹ См. A/78/175.

¹²⁰ См. www.who.int/health-topics/palliative-care; и резолюция WHA67.19 Всемирной ассамблеи здравоохранения.

¹²¹ См. A/76/172.

¹²² Там же.

употребляющих наркотики, секс-работников, мигрантов и представителей этнических меньшинств;

v) установить четкие правила в отношении раскрытия информации о конфликтах интересов, лоббистской деятельности, практики «вращающихся дверей», а также финансирования научных исследований и информационно-пропагандистской деятельности и обеспечивать независимый контроль за соблюдением этих правил;

w) обеспечивать справедливость при распределении финансовых средств для исследований в области редких заболеваний, достижений в гинекологии и клинических исследований по заболеваниям, остающимся без должного внимания;

x) уважать идентичность, достоинство, неприкосновенность, автономию и благополучие людей, а также отстаивать принципы недискриминации, равенства, неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности;

y) отменить карательные меры и привести внутреннюю политику в соответствие с требованиями общественного здравоохранения, прав человека и снижения вреда; декриминализация является необходимым условием для реализации права на здоровье;

z) принять меры к тому, чтобы медицинские услуги для маргинализированных групп населения были доступными, приемлемыми и качественными;

aa) создать официальные механизмы участия в области управления здравоохранением, и в частности учредить консультативные органы, механизмы общественного контроля и практику бюджетирования на основе широкого участия, а также обеспечить представительство маргинализированных групп;

ab) обеспечивать финансирование механизмов подотчетности и надлежащую дезагрегацию данных, используемых для мониторинга, с целью выявления случаев неравенства, сохраняя при этом надежные меры по защите конфиденциальности;

ac) стремясь к реализации права на здоровье для всех, следует применять подходы, учитывающие многообразие человеческого опыта, и использовать решения, которые направлены на достижение равенства и учитывают историческую и современную несправедливость, обуславливающую необходимость общей приверженности принципам справедливости;

ad) защищать достоверную информацию и бороться с дезинформацией;

ae) предотвращать конфликты интересов и принимать меры по их урегулированию;

af) регулировать деятельность частных субъектов и ограничивать вредный маркетинг;

ag) обеспечивать активное участие общественности;

ah) внедрить эффективную систему подотчетности и средства правовой защиты¹²³.

¹²³ См. A/79/177.