



Distr.:

17 April 2013

Russian

Original:

## Конвенция о правах ребенка

### Комитет по правам ребенка

#### Замечание общего порядка № 15 (2013 год) о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (статья 24) \*

#### Содержание

*Пункты Стр.*

I. Введение 1–63

II. Принципы и условия для реализации права детей на здоровье 7–225

A. Неделимость и взаимозависимость прав детей 75

B. Право на недискриминацию 8–115

C. Наилучшее обеспечение интересов ребенка 12–156

D. Право на жизнь, выживание и развитие и определяющие факторы детского здоровья 16–187

E. Право ребенка быть заслушанным 198

F. Развитие способностей и ход жизни ребенка 20–228

III. Нормативное содержание статьи 24 23–709

A. Пункт 1 статьи 24 23–319

B. Пункт 2 статьи 24 32–7011

IV. Обязательства и обязанности 71–8520

A. Обязательства государств-участников по соблюдению, защите и осуществлению данного права 71–7420

B. Обязанности негосударственных субъектов 75–8521

V. Международное сотрудничество 86–8923

VI. Рамки осуществления и подотчетности 90–12024

A. Поощрение знаний о праве детей на здоровье (статья 42) 9324

B. Законодательные меры 94–9524

C. Управление и координация 96–10325

D. Инвестирование в здоровье детей 104–10726

E. Цикл действий 108–11827

F. Средства правовой защиты в случае нарушений права на здоровье 119–12030

VII. Распространение информации 12130

### I. Введение

1. Настоящее замечание общего порядка основывается на признании важного значения подхода к детскому здоровью с точки зрения прав ребенка, который предполагает, что все дети имеют право на возможности для выживания,

роста и развития в контексте физического, психологического и социального благополучия в интересах реализации полного потенциала каждого ребенка. Во всем замечании общего порядка термин "ребенок" относится к любому лицу в возрасте до 18 лет в соответствии со статьей 1 Конвенции о правах ребенка (далее "Конвенция"). Несмотря на то, что со времени принятия Конвенции в последние годы были достигнуты заметные успехи в реализации прав детей на здоровье, существенные вызовы в этой области остаются. Комитет по правам ребенка (далее "Комитет") признает, что большинство случаев смертности, заболеваемости и инвалидности среди детей можно было бы предотвратить при наличии политической приверженности и выделении достаточных ресурсов на применение имеющихся знаний и технологий для предупреждения таких случаев, лечения детей и ухода за ними. Настоящее замечание общего порядка было подготовлено в целях выработки рекомендаций и поддержки государств-участников и других носителей обязательств для оказания им содействия в соблюдении, защите и реализации права детей на пользование наиболее совершенными услугами здравоохранения (далее "право детей на здоровье").

2. Комитет толкует право детей на здоровье в том виде, в каком оно определено в статье 24, т.е. в качестве всеобъемлющего права, распространяющегося не только на своевременное и надлежащее предупреждение, укрепление здоровья, лечебные, реабилитационные и паллиативные услуги, но и на рост и развитие в интересах реализации их полного потенциала и жизни в условиях, позволяющих им обеспечить наивысший достижимый уровень здоровья, посредством осуществления программ, в которых основное внимание уделяется факторам, определяющим состояние здоровья. Всеобъемлющий подход к здоровью помещает реализацию права детей на здоровье в более широкий контекст международных обязательств в области прав человека.

3. Комитет адресует это замечание общего порядка целому ряду заинтересованных сторон, занимающихся вопросами прав детей и общественного здравоохранения, включая разработчиков политики, реализаторов программ и активистов, а также родителям и самим детям. Оно носит явно обобщенный характер, с тем чтобы обеспечить его актуальность в отношении широкого круга проблем, связанных с детским здоровьем, систем здравоохранения и разнообразных ситуаций, существующих в разных странах и регионах. Оно сфокусировано прежде всего на пунктах 1 и 2 статьи 24, а также затрагивает пункт 4 статьи 24. При осуществлении статьи 24 необходимо учитывать все правозащитные принципы, в особенности руководящие принципы Конвенции, и ориентироваться на научно обоснованные стандарты общественного здравоохранения и передовую практику.

4. В Уставе (Конституции) Всемирной организации здравоохранения государства согласились рассматривать здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов. Это позитивное понимание здоровья является основой для настоящего замечания общего порядка. В статье 24 прямо упоминается первичная медико-санитарная помощь – подход, который был определен в Алма-Атинской декларации и закреплен Всемирной ассамблеей здравоохранения. В данном подходе делается акцент на необходимости искоренения социального отчуждения и сокращения различных видов социального неравенства в области здравоохранения; организации услуг здравоохранения в интересах потребностей и ожиданий людей; интеграции здравоохранения в смежные сектора; дальнейшей разработке совместных моделей диалога по вопросам стратегии; и повышения участия в этих процессах всех заинтересованных сторон, включая запросы на соответствующие услуги и надлежащее пользование ими.

5. Детское здоровье находится под влиянием различных факторов, многие из которых за последние 20 лет изменились и, вероятно, будут по-прежнему эволюционировать в будущем. Это касается того внимания, которое уделяется новым проблемам в области здравоохранения и появлению новых приоритетов, в частности ВИЧ/СПИД, пандемический грипп, незаразные болезни, роль медико-санитарной помощи в области психического здоровья, уход за новорожденными, неонатальная и подростковая смертность; более глубокое понимание факторов, способствующих смерти, болезням и детской инвалидности, включая структурные определяющие элементы, такие как глобальная экономическая и финансовая ситуация, бедность, безработица, миграция и перемещения населения, войны и гражданские волнения, дискриминация и маргинализация. Наблюдается также растущее понимание воздействия климатических изменений и быстрой урбанизации на детское здоровье; развития новых технологий, таких как технологии производства вакцин и лекарственных форм; все более убедительных доводов в пользу эффективных биомедицинских, поведенческих и структурных методов лечения, а также некоторых видов культурной практики, относящейся к воспитанию детей, которая доказала свое позитивное влияние на них.

6. Прогресс в области информационно-коммуникационных технологий вызвал к жизни новые возможности и вызовы в области достижения права детей на здоровье. Несмотря на дополнительные ресурсы и технологии, которые в настоящее время стали доступны для сектора здравоохранения, многие страны по-прежнему не предоставляют всеобщий доступ к базовым услугам в области содействия детскому здоровью, профилактики и лечения детей. Для полной реализации права детей на здоровье необходимо задействовать широкий круг носителей обязательств и повысить признание ключевой роли родителей и других лиц, осуществляющих уход за детьми. Потребуется вовлечь в этот процесс соответствующие заинтересованные стороны, работающие на национальном, региональном, окружном и муниципальном уровнях, включая правительственных и неправительственных партнеров, частный сектор и финансирующие организации. Государства обязаны обеспечивать, чтобы все уполномоченные субъекты обладали достаточной осведомленностью, знаниями и потенциалом для выполнения своих обязательств и обязанностей и чтобы наделить детей достаточно развитым потенциалом для реализации их возможности требовать соблюдения своего права на здоровье.

## **II. Принципы и условия для реализации права детей на здоровье**

### **A. Неделимость и взаимозависимость прав детей**

7.В Конвенции признается взаимозависимость и равноценная важность всех прав (гражданских, политических, экономических, социальных и культурных), которые позволяют всем детям развивать свои психические и физические возможности, индивидуальность и способности в наиболее полной степени. Важность представляет не только право детей на здоровье само по себе, но также и реализация этого права в целях осуществления всех других прав, закрепленных в Конвенции. Кроме того, достижение права детей на здравоохранение поставлено в зависимость от реализации многих других прав, указанных в Конвенции.

## **В.Право на недискриминацию**

8.В целях полной реализации права всех детей на здоровье государства-участники обязаны обеспечивать, чтобы здоровье детей не подрывалось в результате дискриминации, которая является существенным фактором, способствующим уязвимости. Ряд оснований, по которым запрещена дискриминация в отношении ребенка, родителей или законных опекунов, указывается в статье 2 Конвенции, включая такие признаки, как раса, цвет кожи, пол, язык, религия, политические или иные убеждения, национальное, этническое или социальное происхождение, имущественное положение, инвалидность, рождение или иные обстоятельства. В их число входят также сексуальная ориентация, гендерная идентичность и состояние здоровья, например наличие ВИЧ, и состояние психического здоровья. Кроме того, необходимо уделять внимание любым другим формам дискриминации, которые могут подорвать детское здоровье, и воздействию на него множественных видов дискриминации.

9.Дискриминация по гендерному признаку является в особенности распространенной и приводит к самым различным последствиям – от детоубийства/умерщвления жизнеспособного плода до дискриминационных особенностей кормления младенцев и маленьких детей, порождения гендерных стереотипов и дискриминации в плане доступа к услугам. Необходимо уделять внимание различающимся потребностям девочек и мальчиков и воздействию социальных норм и ценностей с гендерным измерением на здоровье и развитие мальчиков и девочек. Следует также принимать в расчет основанные на гендерных признаках практику и нормы поведения, отрицательно влияющие на здоровье детей, которые закреплены в традициях и обычаях и подрывают право девочек и мальчиков на здоровье.

10.Все стратегии и программы, затрагивающие детское здоровье, должны быть основаны на широком подходе к гендерному равенству, который обеспечивает молодым женщинам полноправное участие в политической жизни; продвижение социальных и экономических прав и возможностей; признание равных прав, относящихся к сексуальному и репродуктивному здоровью; и равный доступ к информации, образованию, правосудию и безопасности, включая ликвидацию всех форм сексуального насилия и насилия по гендерному признаку.

11.Дети, находящиеся в неблагоприятном положении и проживающие в районах без надлежащего обслуживания, должны быть в центре усилий по реализации права детей на здоровье. Государства должны выявлять существующие на национальном и местном уровнях факторы, которые создают различные виды уязвимости детей или ставят их в неблагоприятное положение. Эти факторы должны учитываться при разработке законов, нормативно-правовых актов, стратегий, программ и услуг в интересах здоровья детей и усилий по обеспечению равенства.

## **С.Наилучшее обеспечение интересов ребенка**

12.Пункт 1 статьи 3 Конвенции обязывает государственные и частные учреждения, занимающиеся вопросами социального обеспечения, суды, административные или законодательные органы уделять первоочередное внимание наилучшему обеспечению интересов ребенка во всех действиях, затрагивающих детей. Этот принцип должен соблюдаться во всех решениях в области здравоохранения, касающихся конкретных детей или детей как группы общества. Наилучшие интересы конкретных детей должны основываться на их физических, психологических, социальных и образовательных потребностях, возрасте, половой принадлежности, отношениях с родителями и воспитателями, их семейном положении и социальном происхождении и с учетом их взглядов в соответствии со статьей 12 Конвенции.

13.Комитет настоятельно призывает государства поместить принцип наилучшего обеспечения интересов детей в центр всех решений, затрагивающих их здоровье и развитие, включая выделение ресурсов, разработку и осуществление стратегий и действий, которые воздействуют на основополагающие факторы, определяющие состояние здоровья детей. Например, наилучшее обеспечение интересов ребенка должно:

а)определять параметры лечения, преваляруя над экономическими соображениями в тех случаях, когда это осуществимо;

б)помогать устранению конфликта интересов между родителями и медико-санитарными работниками; и

с)влиять на развитие стратегий по регулированию действий, которые осложняют формирование физической и социальной среды, благоприятной для жизни, роста и развития детей.

14.Комитет подчеркивает важность наилучшего обеспечения интересов ребенка как основы при принятии любых решений в отношении предоставления лечения для всех детей, отказа от него или его завершения. Государства должны разработать процедуры и критерии по ориентированию медико-санитарных работников в вопросах оценки наилучших интересов ребенка в области здравоохранения в дополнение к другим существующим официальным обязательным процессам по определению наилучших интересов ребенка. В своем замечании общего порядка № 3 Комитет подчеркнул, что надлежащие меры по борьбе с ВИЧ/СПИДом могут быть приняты лишь в том случае, если

будут полностью соблюдаться права детей и подростков. Поэтому наилучшие интересы ребенка должны определять рассмотрение проблемы ВИЧ/СПИДа на всех уровнях профилактики, лечения, медицинского наблюдения и поддержки.

15. В своем замечании общего порядка № 4 Комитет подчеркнул важность наилучшего обеспечения интересов детей в плане доступа к надлежащей информации, имеющей значение для их здоровья. Особое внимание должно уделяться определенным категориям детей, включая детей и подростков с психосоциальными расстройствами. При рассмотрении вопроса о госпитализации или помещении в лечебное учреждение это решение должно приниматься в соответствии с принципом наилучшего обеспечения интересов ребенка. Здесь прежде всего необходимо исходить из того, что наилучшие интересы всех детей-инвалидов состоят в том, чтобы, по возможности, уход за ними осуществлялся совместно живущими с ними людьми в семейном окружении, предпочтительно в их собственной семье с оказанием необходимой поддержки семье и ребенку.

#### **D. Право на жизнь, выживание и развитие и определяющие факторы детского здоровья**

16. В статье 6 подчеркивается обязательство государств-участников по обеспечению выживания, роста и развития детей, включая физические, психологические, духовные и социальные аспекты их развития. Многие риски и защитные факторы, которые лежат в основе жизни, выживания, роста и развития ребенка, должны систематически выявляться в целях разработки и осуществления апробированных мер с учетом широкого круга определяющих факторов в процессе жизнедеятельности.

17. Комитет признает, что в целях реализации права детей на здоровье необходимо учитывать ряд определяющих факторов, в том числе таких индивидуальных факторов, как возраст, пол, учебная успеваемость, социально-экономический статус и местожительство; задействованные определяющие факторы в ближайшем окружении – семьи, сверстников, преподавателей и поставщиков услуг. В особенности следует принимать во внимание фактор насилия, который угрожает жизни и выживанию детей в силу непосредственной близости от них; а также структурные определяющие факторы, включая стратегии действий, административные структуры и системы, социальные и культурные ценности и нормы.

18. В состав ключевых основополагающих факторов детского здоровья, питания и развития входят реализация права матери на здоровье и роль родителей и других лиц, осуществляющих уход за ребенком. Значительная часть случаев младенческой смертности происходит в неонатальный период и связана с плохим здоровьем матери до, в ходе и после беременности, а также с ненадлежащей практикой грудного вскармливания. Здоровье и связанное со здоровьем поведение родителей и других окружающих ребенка совершеннолетних лиц оказывают существенное воздействие на здоровье детей.

#### **E. Право ребенка быть заслушанным**

19. В статье 12 отмечается важность участия детей в принятии решений по затрагивающим их вопросам и предоставления детям возможности выражать свои взгляды, причем взглядам ребенка уделяется должное внимание в соответствии с возрастом и зрелостью ребенка. Это касается их мнений по всем аспектам услуг здравоохранения, в том числе по вопросу о том, какие услуги им необходимы, как и где они наилучшим образом предоставляются, о препятствиях в плане доступа к таким услугам или их использования, о качестве услуг и позиции медицинских работников о том, каким образом укреплять потенциал детей в плане повышения уровня их ответственности за собственное здоровье и развитие и каким образом более эффективным образом вовлекать их в процесс предоставления услуг в качестве равных партнеров. Государствам рекомендуется проводить регулярные совместные консультации, адаптированные применительно к возрасту и зрелости ребенка, а также исследования с участием детей. Кроме того, эти мероприятия целесообразно проводить отдельно с их родителями в целях получения информации об их проблемах со здоровьем, потребностях в области развития и ожиданиях, что должно содействовать разработке эффективных мер и программ в области здравоохранения.

#### **F. Развитие способностей и ход жизни ребенка**

20. Детство представляет собой период постоянного роста от рождения до младенчества, от дошкольного до подросткового возраста. Каждый этап является существенным, поскольку в это время происходят важные изменения, связанные с развитием в плане физической, психологической, эмоциональной и социальной эволюции, ожиданий и норм. Этапы развития ребенка кумулятивны, и каждый из них воздействует на последующие фазы, оказывая влияние на здоровье детей, их потенциал, риски и возможности. Понимание хода жизни является основным для оценки того, каким образом проблемы со здоровьем в детстве затрагивают общественное здравоохранение в целом.

21. Комитет признает, что развитие способностей детей влияет на независимое принятие ими решений по вопросам своего здоровья. Он также отмечает, что зачастую существуют серьезные несоответствия в отношении такого самостоятельного принятия решений, когда в особенности уязвимые для дискриминации дети часто имеют меньше возможностей для реализации такой самостоятельности. В этой связи важным является наличие стратегий поддержки и получение детьми, родителями и работниками здравоохранения основанных на правах человека рекомендаций относительно согласия, санкционирования и конфиденциальности.

22. Для реагирования на развитие способностей детей и их различные приоритеты в области здоровья в течение жизненного цикла, а также для понимания этих процессов необходимо приводить собираемые и анализируемые данные и информацию с разбивкой по возрасту, полу, инвалидности, социально-экономическому статусу,

социокультурным аспектам и географическому местоположению в соответствии с международными стандартами. Это позволяет планировать, разрабатывать, осуществлять и контролировать соответствующие стратегии и действия, которые учитывают меняющиеся способности и потребности детей с течением времени и которые содействуют предоставлению соответствующей медико-санитарной помощи всем детям.

### **III. Нормативное содержание статьи 24**

#### **A. Статья 24, пункт 1**

#### **"Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения"**

23. В понятие "наиболее совершенные услуги системы здравоохранения" входят как сложившиеся биологические, социальные, культурные и экономические условия детей, так и имеющиеся ресурсы государства, дополняемые ресурсами из других источников, включая неправительственные организации, международное сообщество и частный сектор.

24. Право детей на здоровье содержит набор свобод и правомочий. Свободы, значение которых повышается в соответствии с растущим потенциалом и зрелостью, включают право на контроль за своим здоровьем и организмом, в том числе сексуальную и репродуктивную свободу, в целях принятия осознанных решений. Правомочия включают в себя доступ к различным средствам, товарам, услугам и условиям, которые обеспечивают равные возможности для всех детей в плане пользования наиболее совершенными услугами системы здравоохранения.

#### **"и средствами лечения болезней и восстановления здоровья"**

25. Дети имеют право на качественную медико-санитарную помощь, включая услуги по профилактике, поддержке, лечению и реабилитации и паллиативные услуги здравоохранения. На первичном уровне эти услуги должны быть доступны в достаточном количестве при надлежащем качестве, являться функциональными и доступными с физической и финансовой точек зрения для детей из всех слоев населения, а также быть приемлемыми для всех детей. Система здравоохранения должна не только оказывать медико-санитарную помощь, но и информировать соответствующие органы власти о случаях нарушений прав человека и несправедливости. На вторичном и третичном уровнях также должна быть доступна медико-санитарная помощь, насколько это позволяют обстоятельства, при наличии функциональной системы медицинских направлений, связывающей сообщества и семьи на всех уровнях системы здравоохранения.

26. Всеобъемлющие программы первичной медико-санитарной помощи должны внедряться параллельно с апробированными мерами на уровне общин, включая профилактические услуги, лечение отдельных болезней и лечебное питание. Действия на уровне общины должны включать предоставление информации, услуг и товаров, а также профилактику болезней и травм посредством, помимо прочего, инвестиций в обеспечение безопасности общественных мест, безопасности дорожного движения и подготовки по вопросам профилактики травм и несчастных случаев и предупреждения насилия.

27. Государства должны обеспечивать наличие в достаточном количестве надлежащим образом подготовленной рабочей силы в целях поддержки услуг здравоохранения для всех детей. Требуется также адекватные регулирование, надзор, вознаграждение и условия работы, в том числе для работников здравоохранения на уровне общин. Деятельность по развитию потенциала должна обеспечивать, чтобы поставщики услуг работали с учетом интересов ребенка и не отказывали детям в каких-либо услугах, на которые те имеют право по закону. Необходимо внедрять механизмы подотчетности, с тем чтобы обеспечить поддержание качественных стандартов обслуживания.

#### **"Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения"**

28. Пункт 1 статьи 24 налагает на государства-участники строгое обязательство по обеспечению того, чтобы услуги здравоохранения и другие соответствующие услуги были доступны и приемлемы для всех детей при уделении особого внимания районам и населению, не получающим надлежащего обслуживания. Это требует наличия всеобъемлющей системы здравоохранения, эффективной правовой базы и постоянного внимания к основополагающим факторам, определяющим состояние детского здоровья.

29. Препятствия для доступа детей к услугам здравоохранения, в том числе финансового, институционального и культурного порядка, должны выявляться и ликвидироваться. Необходимым предварительным условием этого является всеобщая и бесплатная регистрация рождения. Одновременно должны осуществляться меры социальной защиты, рассматриваемые как дополнительные инвестиции, включая такие виды социального обеспечения, как пособия или субсидии на ребенка, денежные выплаты и оплачиваемые отпуска по уходу за ребенком.

30. Ориентированное на здоровье поведение формируется окружающей средой, в том числе доступностью услуг, уровнем знаний о здоровье, жизненными навыками и ценностями. Государствам следует стремиться к обеспечению стимулирующей окружающей среды для поощрения должного поведения, ориентированного на здоровье, со стороны родителей и детей.

31. В соответствии со своими развивающимися способностями дети должны иметь доступ к конфиденциальным консультациям и советам без согласия на то со стороны родителей или законных опекунов в тех случаях, когда это осуществляется профессионалами, работающими с детьми, и в целях наилучшего обеспечения интересов ребенка. Государства должны разъяснять законодательные процедуры назначения соответствующих лиц по уходу за детьми в отсутствие родителей или законных опекунов, которые могут давать согласие от имени ребенка или помогать детям давать согласие в зависимости от возраста и зрелости ребенка. Государства должны оценивать и рассматривать вопрос о предоставлении детям возможности давать свое согласие на отдельные виды медицинского лечения и вмешательства без разрешения родителей, лиц по уходу за детьми или опекунов; в их число входят тестирование на ВИЧ и услуги системы здравоохранения в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая образование и консультации по вопросам сексуального здоровья, контрацепции и безопасных абортов.

## **В. Статья 24, пункт 2**

32. В соответствии с пунктом 2 статьи 24 государства должны внедрить процесс по выявлению других вопросов, относящихся к праву детей на здоровье, и реагированию на них. Это требует, помимо прочего, углубленного анализа текущей ситуации в плане приоритетных проблем и ответных действий, связанных со здоровьем, а также определения и осуществления апробированных мер и стратегий, отвечающих основополагающим факторам, определяющим состояние здоровья и проблемы в этой области, в консультациях с детьми, когда это необходимо.

### **Статья 24, пункт 2 а). "Снижение уровней смертности младенцев и детской смертности"**

33. На государства возлагается обязательство по сокращению детской смертности. Комитет привлекает особое внимание к смертности младенцев, которая составляет растущую долю смертности детей в возрасте до 5 лет. Кроме того, государства-участники должны принимать меры в связи с подростковой заболеваемостью и смертностью, которым, как правило, не уделяется первостепенного внимания.

34. Эти меры должны включать повышенное внимание к мертворождаемости, досрочным родовым осложнениям, асфиксии при рождении, низкому весу новорожденных, передаче ВИЧ и других венерических болезней от матери к ребенку, неонатальным инфекциям, пневмонии, диарее, кори, недоеданию и недостаточному питанию, малярии, несчастным случаям, насилию, самоубийствам, подростковой материнской заболеваемости и смертности. Рекомендуются укреплять системы здравоохранения для предоставления таких услуг всем детям в условиях непрерывности медицинского наблюдения за репродуктивным, материнским здоровьем и здоровьем новорожденных и детей, включая выявление врожденных пороков развития, безопасные акушерские услуги и уход за новорожденными. Необходимо регулярно проводить анализ материнской и перинатальной смертности в целях профилактики и подотчетности.

35. Государства должны уделять первоочередное внимание расширению простых, безопасных и недорогих медицинских услуг, доказавших свою эффективность, таких как лечение на местном уровне пневмонии, заболеваний, связанных с расстройствами пищеварения, и малярии, а также уделять повышенное внимание обеспечению полной защиты детей и поощрению практики грудного вскармливания.

### **Статья 24, пункт 2 б). "Обеспечение предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи"**

36. Государства должны уделять первостепенное внимание обеспечению всеобщего доступа детей к первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой, по возможности, в непосредственной близости от мест проживания детей и их семей, в особенности в амбулаторных условиях. Хотя конкретная форма и содержание услуг различаются в зависимости от страны, во всех случаях требуется наличие эффективных систем здравоохранения, включая устойчивый механизм финансирования; хорошо подготовленной и надлежащим образом оплачиваемой рабочей силы; достоверной информации, на которой основываются решения и стратегии; надлежащим образом обслуживаемого оборудования и материально-технических систем для предоставления качественных лекарств и технологий; а также устойчивого руководства и подчиненности. Оказание медико-санитарной помощи в школах предоставляет реальную возможность для пропаганды здорового образа жизни и выявления болезней и повышает доступность этих услуг для школьников.

37. Рекомендуемые пакеты услуг должны быть адаптированы, например, к Основным услугам, товарам и руководящим положениям в области репродуктивного, материнского, младенческого и детского здоровья. Государства обязаны сделать все основные лекарства, указанные в типовом перечне основных лекарств Всемирной организации здравоохранения, включая перечень для детей (по возможности, в педиатрических формулировках), доступными и недорогими.

38. Комитет озабочен ростом психических заболеваний среди подростков, в том числе отклонениями в области поведения и развития; депрессией; расстройствами пищевого поведения; неврозом тревоги; психологическими травмами в результате жестокого обращения, пренебрежения, насилия или эксплуатации; употреблением алкоголя, табака и наркотиков; навязчивыми пристрастиями, такими как чрезмерное использование Интернета и зависимость от него и других технологий; а также членовредительством и самоубийствами. Наблюдается растущее признание необходимости повышенного внимания к поведенческим и социальным проблемам, которые подрывают психическое здоровье детей, психосоциальное благополучие и эмоциональное развитие. Комитет предостерегает от чрезмерной медикализации и институционализации и призывает государства занимать позицию, основанную на

общественном здравоохранении и психосоциальной поддержке, в целях реагирования на психические заболевания среди детей и подростков, а также выделять средства на развитие первичной медико-санитарной помощи, которая содействует раннему выявлению и лечению психосоциальных, эмоциональных и психических проблем со здоровьем у детей.

39. Государства обязаны предоставлять эффективное лечение и реабилитационные услуги детям с психическими и психосоциальными расстройствами, воздерживаясь при этом от излишнего медикаментозного лечения. В резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения 2012 года о глобальном бремени психических расстройств и необходимости в комплексных, скоординированных и ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на национальном уровне отмечаются все более убедительные свидетельства эффективности и экономической целесообразности мер по стимулированию психического здоровья и профилактике психических отклонений, в частности у детей. Комитет настоятельно рекомендует государствам расширить применение этих мер путем их внедрения в ряд секторальных стратегий и программ, включая здравоохранение, образование и защиту (уголовное правосудие) при участии семей и местных сообществ. Дети, попавшие в группу риска вследствие семейных проблем и социальной среды, требуют особого внимания в целях содействия их психологической адаптации и развития жизненных навыков, а также стимулирования защитной и благоприятной окружающей среды.

40. Необходимо признавать особые проблемы в области детского здоровья, которые возникают у детей, затронутых чрезвычайными ситуациями гуманитарного характера, в том числе вследствие широкомасштабного перемещения населения в силу природных или техногенных стихийных бедствий. Следует принимать все возможные меры по обеспечению непрерывного доступа детей к услугам здравоохранения, их воссоединению со своими семьями и их защиты не только путем материальной поддержки, включая продовольствие и питьевую воду, но также и за счет стимулирования специальной родительской или другой психосоциальной помощи в целях предупреждения страхов и эмоциональных травм или реагирования на них.

## **Статья 24, пункт 2 с). "Борьба с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем, среди прочего, применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды"**

### **а) Применение легкодоступной технологии**

41. Поскольку появились новые апробированные технологии в области детского здоровья, включая лекарственные препараты, оборудование и методы лечения, государства должны учитывать их в стратегиях и услугах. Передвижные медицинские комплексы и действия на местном уровне могут существенным образом снизить некоторые риски и должны получить всеобщую доступность. К ним относятся: вакцинация против основных детских болезней; наблюдение за ростом и развитием, в особенности в раннем детстве; вакцинация против вируса папилломы человека для девочек; инъекции столбнячного антитоксина для беременных женщин; доступ к пероральной регидрационной терапии и цинковым добавкам для лечения диареи; основные антибиотики и противовирусные лекарства; питательные добавки, такие как витамины А и D, йодированная соль и добавки железа; и презервативы. Работники здравоохранения должны консультировать родителей по вопросу о том, каким образом они могут получить доступ к этим простым технологиям и применять их по назначению.

42. Частный сектор, включая коммерческие предприятия и некоммерческие организации, которые воздействуют на сектор здравоохранения, играет все более важную роль в развитии и совершенствовании технологий, лекарственных препаратов, оборудования, методов лечения и процессов, которые могут содействовать существенному прогрессу в области детского здоровья. Государства должны обеспечивать, чтобы этими преимуществами пользовались все дети, нуждающиеся в них. Государства также могут стимулировать партнерство между государственным и частным сектором и инициативы по обеспечению устойчивого развития, которые могут повысить доступ к технологиям в области здравоохранения и их доступность с финансовой точки зрения.

### **б) Предоставление достаточно питательного продовольствия**

43. Меры по выполнению обязательств государств по обеспечению доступа к достаточно питательному, подходящему с культурной точки зрения и безопасному продовольствию, и по борьбе с недоеданием следует принимать в зависимости от конкретных условий. Эффективная прямая нутритивная терапия для беременных женщин включает в себя решение проблемы анемии и нехватки фолиевой кислоты и йода и предоставление добавок кальция. Профилактика и лечение симптомов эклампсии и самой эклампсии должны обеспечиваться для всех женщин репродуктивного возраста в интересах их здоровья и гарантирования эмбрионального и младенческого развития.

44. Исключительно грудное вскармливание младенцев в возрасте до 6 месяцев должно охраняться и поощряться, а грудное вскармливание следует продолжать наряду с надлежащими пищевыми добавками желательно до двухлетнего возраста ребенка, когда это возможно. Обязательства государств в этой области определены в стратегии "охранять, поощрять и поддерживать", единогласно принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения. Государства должны включать в национальное законодательство, осуществлять и обеспечивать соблюдение согласованных на международном уровне стандартов, касающихся прав детей на здоровье, включая Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока и последующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения по этому вопросу, а также Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения о контроле над табаком. Следует

принимать специальные меры по стимулированию оказания поддержки со стороны общин и на рабочих местах матерям в связи с их беременностью и грудным вскармливанием, поощрять предоставление адекватных и приемлемых с финансовой точки зрения услуг по уходу за детьми; а также по выполнению Конвенции № 183 (2000) Международной организации труда о пересмотре Конвенции об охране материнства (пересмотренной) 1952 года.

45. Адекватное питание и наблюдение за ростом в раннем детстве представляют особую важность. Там, где это необходимо, следует расширять комплексное решение проблемы острого недоедания посредством мер по улучшению обслуживания и терапии на уровне общин, а также лечения острого недоедания средней тяжести, включая терапевтические меры кормления.

46. Предпочтительным является школьное питание для обеспечения ежедневного доступа всех школьников к полноценной пище, что также может повысить внимание детей к учебе и уровень их зачисления в школы. Комитет рекомендует, чтобы эти меры совмещались с питанием и санитарным просвещением, включая создание школьных садов и профессиональную подготовку преподавателей в целях улучшения детского питания и здоровых привычек питания.

47. Государства также должны решать проблему ожирения детей, поскольку она связана с повышенным давлением, ранними признаками сердечно-сосудистых заболеваний, синдромом инсулинорезистентности, психологическими последствиями, высокой вероятностью ожирения во взрослом возрасте и преждевременной смерти. Следует ограничить подверженность детей питанию категории "фаст-фуд", которая содержит высокий процент жира, сахара или соли, энергетически насыщена и не имеет в достаточном количестве питательных микроэлементов, а также напиткам с высоким уровнем кофеина или другим потенциально вредным субстанциям. Торговля этими субстанциями – в особенности, когда она сосредоточена на детях – должна подлежать регулированию, а их наличие в школах и других местах контролироваться.

### **с) Предоставление чистой питьевой воды**

48. Безопасная и чистая питьевая вода и санитария необходимы для полноценной жизни и полного осуществления других прав человека. Правительственные учреждения и органы местного самоуправления, отвечающие за снабжение водой и санитарию, должны взять на себя обязательство оказывать содействие реализации права детей на здоровье и активно учитывать детские показатели в области недоедания, заболевания диареей и другими связанными с водой болезнями. Они также должны учитывать размеры домохозяйства при планировании и расширении инфраструктуры и техническом обслуживании водоснабжения, а также при принятии решений об объемах минимальных бесплатных лимитов и отключении услуг. Государства не освобождаются от своих обязательств, даже если они приватизировали сектор водоснабжения и санитарии.

### **д) Загрязнение окружающей среды**

49. Государства должны принимать меры по реагированию на угрозы и риски, которые несет загрязнение окружающей среды для детского здоровья при любых обстоятельствах. Ключевыми требованиями здорового воспитания и развития детей являются надлежащее жилище, включающее безопасные средства для приготовления пищи, свободная от курения среда, надлежащая вентиляция, эффективное управление отходами и наличие мусорных свалок вдали от жилых кварталов и ближайших окрестностей, отсутствие плесени других токсичных субстанций и семейная гигиена. Государства должны регулировать и контролировать воздействие на окружающую среду коммерческой деятельности, которая может подрывать право детей на здоровье, продовольственную безопасность и доступ к безопасной питьевой воде и санитарии.

50. Комитет привлекает внимание к значению окружающей среды помимо фактора ее загрязнения для детского здоровья. Относящиеся к окружающей среде действия должны учитывать изменение климата, поскольку это является одной из основных угроз для детского здоровья и усугубляет неравенство в области состояния здоровья. Поэтому государства должны уделять первоочередное внимание проблемам детского здоровья в рамках всех своих стратегий по адаптации к изменению климата и смягчению его негативных последствий.

## **Статья 24, пункт 2 д). "Предоставление матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды"**

51. Комитет отмечает, что предотвратимые материнская смертность и заболеваемость составляют грубое нарушение прав человека женщин и девочек и создают серьезную угрозу для их собственного права и права их детей на здравоохранение. Беременность и деторождение являются природными процессами с известными рисками для здоровья, которые поддаются как профилактике, так и лечению при условии их раннего выявления. Связанные с риском ситуации могут возникать в течение беременности, родов, в дородовой и послеродовой период и воздействуют как в краткосрочном, так и в долгосрочном плане на здоровье и благополучие матери и ребенка.

52. Комитет рекомендует государствам в течение различных периодов детства применять методы с учетом прав детей в области здравоохранения, такие как а) инициатива "больница, доброжелательная к ребенку", которая предусматривает охрану, стимулирование и поддержку совместного пребывания матери и новорожденного в палате и грудное вскармливание; б) доброжелательные к ребенку стратегии здравоохранения, нацеленные на профессиональную подготовку медицинских работников по предоставлению качественных услуг таким способом, при котором сводятся к минимуму страхи, тревоги и страдания детей и их семей; и с) доброжелательные к подростку услуги здравоохранения, которые предусматривают уважительное и деликатное отношение медицинских работников и учреждений к подросткам, соблюдение конфиденциальности и предоставление приемлемых для них



услуг.

53. Медицинский уход, который женщины получают до, в ходе и после беременности, оказывает сильное воздействие на здоровье и развитие их детей. Выполнение обязательства по обеспечению всеобщего доступа к комплексному пакету медицинской помощи в области сексуального и репродуктивного здоровья должно основываться на концепции непрерывной медицинской помощи до беременности, в ходе беременности, при рождении ребенка и в течение послеродового периода. Своевременная и высококачественная медицинская помощь на этих этапах предоставляет широкие возможности в плане предупреждения наследственных проблем со здоровьем и оказывает существенное воздействие на здоровье ребенка в течение его жизни.

54. Медицинская помощь, которая должна предоставляться в течение этого непрерывного периода, включает в себя как минимум следующие элементы: основные профилактические и стимулирующие меры, включая предупреждение столбняка у новорожденных, малярии в ходе беременности и врожденного сифилиса; лечебное питание; доступ к образованию, информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья; образование в области поведения в отношении здоровья (в том числе относящееся к курению и использованию различных веществ); подготовленность к родам; раннее выявление и ведение осложнений; безопасные услуги по преждевременному прекращению беременности и последующая медицинская помощь; основная медицинская помощь при родах; предупреждение передачи ВИЧ от матери к ребенку и медицинское наблюдение и лечение ВИЧ-инфицированных женщин и младенцев. В послеродовой период следует обеспечивать, чтобы медицинский уход за матерью и ребенком не приводил к их ненужному разлучению.

55. Комитет рекомендует, чтобы меры социальной защиты включали в себя обеспечение всеобщей медицинской помощи или ее финансовой доступности, доступа к оплачиваемому отпуску по уходу за ребенком и другим пособиям по социальному обеспечению, а также законодательство по ограничению ненадлежащего сбыта и рекламирования заменителей грудного молока.

56. С учетом высокого уровня беременности среди подростков в целом и связанных с ней дополнительных рисков заболеваемости и смертности государства должны обеспечивать, чтобы системы здравоохранения и услуги отвечали особым потребностям подростков в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и безопасные услуги по прерыванию беременности. Государствам следует работать в направлении того, чтобы обеспечить для девочек возможность принимать независимые и осознанные решения об их репродуктивном здоровье. Дискриминация на основе подростковой беременности, в том числе исключение из школ, должна быть запрещена, а возможности для непрерывного обучения необходимо гарантировать.

57. Принимая во внимание, что мальчики и мужчины играют ключевую роль при планировании и обеспечении здоровых беременности и родов, государства должны интегрировать вопросы образования, повышения осведомленности и перспективы диалога для мальчиков и мужчин в свои стратегии и планы, касающиеся услуг в области сексуального, репродуктивного и детского здоровья.

## **Статья 24, пункт 2 е). "Обеспечение осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждении несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний"**

58. Обязательства по этому положению включают в себя предоставление относящейся к здоровью информации и поддержки при использовании такой информации. Относящаяся к здоровью информация должна быть физически доступной, понятной и соответствующей возрасту детей и уровню их образования.

59. Детям требуется информация и просвещение по всем аспектам здравоохранения, с тем чтобы позволить им сделать осознанный выбор в отношении их образа жизни и доступа к услугам здравоохранения. Информация и просвещение в области жизненных навыков должны учитывать широкий круг вопросов здравоохранения, в том числе: здоровое питание и стимулирование физической активности, спорта и отдыха; предупреждение несчастных случаев и травматизма; санитарии, мытье рук и другие виды личной гигиены; а также опасности, связанные с употреблением алкоголя, табака и психотропных средств. Информация и просвещение должны включать в себя надлежащие сведения о праве детей на здоровье, обязательствах правительств и то, каким образом и где получать информацию о здравоохранении и соответствующих услугах. Такие просвещение и информацию следует предоставлять в качестве основной части школьной программы, а также посредством услуг здравоохранения и в других форматах для детей, которые не посещают школу. Материалы с информацией о здравоохранении должны разрабатываться в сотрудничестве с детьми и широко распространяться среди общественности.

60. Просвещение в области сексуального и репродуктивного здоровья должно включать самоосмысление и знания об организме, включая анатомические, физиологические и эмоциональные аспекты, и быть доступным для всех детей, как девочек, так и мальчиков. Оно должно содержать информацию, относящуюся к сексуальному здоровью и благополучию, в частности сведения об изменениях в организме и процессах созревания. Методы просвещения по этим вопросам следует разрабатывать таким образом, чтобы дети могли получать знания о репродуктивном здоровье и предупреждении насилия по гендерному признаку и усваивать принципы ответственного сексуального поведения.

61. Информация о здоровье детей должна предоставляться всем родителям индивидуально или коллективно, а расширенным семьям и другим лицам по уходу за детьми – посредством различных методов, в том числе в медицинских клиниках, на родительских собраниях, в открытых информационных брошюрах, через

профессиональные органы и общественные организации и с помощью средств массовой информации.

## **Статья 24, пункт 2 ф). "Развитие просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи"**

### **а)Профилактическая медицинская помощь**

62.При осуществлении мер по профилактике и укреплению здоровья необходимо учитывать основные вызовы в области здравоохранения, с которыми сталкиваются дети в обществе и стране в целом. Эти вызовы включают в себя болезни и другие проблемы, такие как несчастные случаи, насилие, злоупотребление различными веществами, психосоциальные и психические проблемы. Профилактическая медицинская помощь должна быть направлена на устранение заразных и незаразных болезней и сочетать в себе меры биомедицинского, поведенческого и структурного порядка. Профилактику незаразных болезней следует начинать с раннего периода жизни посредством стимулирования и поддержки здорового и ненасильственного образа жизни беременных женщин, их супругов/партнеров и маленьких детей.

63.Снижение детского травматизма требует стратегий и мер по сокращению случаев утоплений, ожогов и других несчастных случаев. Такие стратегии и меры должны включать в себя законодательство и правоприменительную практику; модификацию товаров и окружающей среды; поддерживающие визиты на дом и рекламирование средств безопасности; просвещение, развитие навыков и изменение поведения; проекты на местном уровне; и доклиническую и неотложную медицинскую помощь, а также реабилитацию. Усилия по сокращению числа дорожно-транспортных происшествий должны включать в себя законодательное закрепление использования ремней безопасности и других средств безопасности, обеспечение доступа детей к безопасному транспорту и уделение им должного внимания при дорожно-транспортной планировке и регулировании дорожного движения. Поддержка со стороны соответствующих отраслей промышленности и средств массовой информации имеет здесь существенное значение.

64.Признавая насилие в качестве значимой причины смертности и заболеваемости детей, в частности подростков, Комитет подчеркивает необходимость создания окружающей среды, которая защищает детей от насилия и стимулирует их участие в рефлексивных и поведенческих изменениях дома, в школах и в общественных местах; поддержки родителей и лиц по уходу за детьми в плане здорового воспитания детей; и противодействия позициям, которые закрепляют терпимое отношение к насилию и потворствуют ему во всех формах, в том числе путем регулирования демонстрации сцен насилия в средствах массовой информации.

65.Государства должны защищать детей от токсикомании, алкоголя, табака и запрещенных веществ, увеличивать сбор соответствующих данных и принимать надлежащие меры по сокращению использования таких веществ среди детей. Рекомендуется регулировать рекламу и продажу вредных для детского здоровья веществ и пропаганду таких средств в местах скопления детей, а также в средствах массовой информации и публикациях, к которым дети имеют доступ.

66.Комитет рекомендует государствам-участникам, которые еще не сделали этого, ратифицировать международные конвенции по контролю за наркотиками и Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. Комитет подчеркивает важность принятия основанного на правах человека подхода к использованию этих веществ и рекомендует применять, там где это необходимо, стратегии по снижению соответствующего ущерба для минимизации негативного влияния, которое оказывает на здоровье злоупотребление такими веществами.

### **б)Консультации для родителей**

67.Родители являются наиболее важным источником раннего диагностирования и первичной медико-санитарной помощи для маленьких детей и наиболее важным защитным фактором от таких поведенческих факторов высокого риска среди подростков, как, например, употребление наркотиков и небезопасный секс. Родители также играют центральную роль в стимулировании здорового развития ребенка, защите детей от ущерба вследствие несчастных случаев, травм и насилия и в смягчении негативных последствий поведенческих факторов риска. Родители, расширенные семьи и другие лица по уходу за детьми существенным образом влияют на процессы социализации детей, являющиеся ключевыми для понимания ими мира, в котором они растут, и приспособления к нему. Государства должны принимать апробированные меры по поддержке добросовестного воспитания детей, включая просвещение в сфере родительских навыков, и содействию групповым и семейным консультациям, в частности для семей, сталкивающихся с вызовами в области детского здоровья и другими социальными проблемами.

68.В свете влияния телесных наказаний на детское здоровье, включая смертельные и несмертельные травмы, психологические и эмоциональные последствия, Комитет напоминает государствам об их обязанности принимать все необходимые меры законодательного, административного, социального и просветительного порядка в целях искоренения телесных наказаний и других жестоких или унижающих достоинство видов наказания во всех местах, в том числе дома.

### **с)Планирование размера семьи**

69.Услуги по планированию семьи должны предоставляться в рамках комплексных услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья и включать в себя сексуальное просвещение, в том числе консультирование. Они могут рассматриваться в контексте непрерывности услуг, описанных в пункте 2 d) статьи 24, и должны разрабатываться

таким образом, чтобы позволить всем парам и частным лицам свободно и ответственно принимать решения в сексуальной и репродуктивной сфере, в том числе о количестве своих детей, интервалах между их рождением и времени их рождения. В этих целях необходимо предоставлять им соответствующую информацию и средства. Следует уделять внимание обеспечению конфиденциальности и всеобщего доступа к товарам и услугам подростков женского и мужского пола, как состоящих, так и не состоящих в браке. Государства должны обеспечивать, чтобы подростки не были лишены какой-либо информации или каких-либо услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья из-за возражений поставщиков по тем или иным соображениям.

70. Краткосрочные методы контрацепции, такие как презервативы, гормональные средства и препараты экстренной контрацепции, должны быть легко- и быстродоступными для сексуально активных подростков. Следует также обеспечивать долгосрочные и постоянные методы контрацепции. Комитет рекомендует государствам-участникам обеспечить доступ к безопасным абортным и послеабортным медицинским услугам вне зависимости от того, является ли аборт законным сам по себе.

## **IV. Обязательства и обязанности**

### **A. Обязательства государств-участников по соблюдению, защите и осуществлению данного права**

71. У государств имеется три вида обязательств в отношении прав человека, включая право детей на здоровье: соблюдать свободы и права, защищать как свободы, так и права от угроз со стороны третьих лиц, от социальных угроз или угроз, связанных с окружающей средой, и осуществлять права посредством оказания содействия или их прямого предоставления. В соответствии со статьей 4 Конвенции государства-участники осуществляют права, содержащиеся в праве детей на здоровье, в максимальных рамках имеющихся у них ресурсов и в случае необходимости в рамках международного сотрудничества.

72. Все государства вне зависимости от их уровня развития должны принимать неотложные действия по осуществлению этих обязательств в приоритетном порядке и без какой бы то ни было дискриминации. В случаях, когда имеющихся ресурсов явно недостаточно, государствам по-прежнему необходимо принимать адресные меры для продвижения как можно более быстрыми и эффективными темпами к полной реализации права детей на здоровье. Вне зависимости от ресурсов государства обязаны не делать каких бы то ни было шагов в обратном направлении, которые могут затруднить использование детьми права на здоровье.

73. Основные обязательства в соответствии с правом детей на здоровье состоят в следующем:

- a) обзор нормативно-правовой базы и политической обстановки на национальном и административно-территориальном уровнях и, при необходимости, внесение изменений в законы и стратегии;
- b) обеспечение всеобщего доступа к качественной первичной медико-санитарной помощи, включая профилактические услуги, услуги по укреплению здоровья и услуги по медицинскому уходу и лечению, а также к основным лекарственным препаратам;
- c) адекватное реагирование на основополагающие факторы детского здоровья; и
- d) разработка, осуществление, мониторинг и оценка стратегий и предусмотренных в бюджете планов действий, которые представляют основанный на правах человека подход к осуществлению права детей на здоровье.

74. Государства должны демонстрировать свою приверженность постепенному осуществлению всех обязательств по статье 24, уделяя этому первостепенное внимание даже в условиях политического или экономического кризиса или в чрезвычайных ситуациях. Для этого необходимо, чтобы стратегии в области детского здоровья и связанная с ними политика, программы и услуги планировались, разрабатывались, финансировались и осуществлялись на устойчивой основе.

### **B. Обязанности негосударственных субъектов**

75. Государство несет ответственность за реализацию права детей на здоровье вне зависимости от того, делегирует оно или нет предоставление услуг негосударственным субъектам. В дополнение к государству широкий круг негосударственных субъектов, предоставляющих информацию и услуги, относящиеся к детскому здоровью и его основополагающим факторам, также имеют отдельные обязанности и оказывают влияние в этой области.

76. Обязательства государств включают обязанность по повышению осведомленности об ответственности негосударственных субъектов и по обеспечению того, чтобы все негосударственные субъекты признавали, соблюдали и выполняли свои обязанности в отношении детей, применяя при необходимости процедуры должной осмотрительности.

77. Комитет призывает всех негосударственных субъектов, задействованных в сфере укрепления здоровья и услугах здравоохранения, в особенности частный сектор, включая фармацевтическую промышленность и индустрию медицинских технологий, а также средства массовой информации и поставщиков услуг здравоохранения, действовать в соответствии с положениями Конвенции и обеспечивать это соответствие со стороны любых партнеров, которые предоставляют услуги от их имени. К таким партнерам относятся международные организации, банки, региональные финансовые учреждения, глобальные партнерства, частный сектор (частные учреждения и

фонды), доноры и любые другие субъекты, предоставляющие услуги или финансовую поддержку в интересах детского здоровья, в частности, в ходе чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера или в нестабильной политической обстановке.

## **1. Обязанности родителей и других лиц по уходу за детьми**

78. Об обязанностях родителей и других лиц по уходу за ребенком прямо упоминается в ряде статей Конвенции. Родители должны выполнять свои обязанности, всегда действуя в наилучших интересах ребенка, при поддержке со стороны государства, если это необходимо. Принимая во внимание развивающиеся способности детей, родители и лица по уходу за детьми должны воспитывать, защищать и поддерживать детей в целях их здорового роста и развития. Хотя это прямо не указано в пункте 2 f) статьи 24 Конвенции, Комитет понимает любую ссылку на родителей как включающую также и других лиц по уходу за ребенком.

## **2. Негосударственные поставщики услуг и другие негосударственные субъекты**

### **а) Негосударственные поставщики услуг**

79. Все поставщики услуг здравоохранения, включая негосударственных субъектов, при разработке, осуществлении и оценке своих программ и услуг должны включать и применять все соответствующие положения Конвенции, а также критерии наличия, доступности, приемлемости и качества, которые описываются в разделе E главы VI настоящего Замечания общего порядка.

### **б) Частный сектор**

80. Все коммерческие предприятия обязаны проявлять должную осмотрительность в отношении прав человека, которые включают все права, закрепленные в Конвенции. Государства должны требовать от коммерческих структур проявления должной осмотрительности в отношении прав детей. Это позволит обеспечить, чтобы коммерческие предприятия выявляли, предупреждали и смягчали свое негативное воздействие на право детей на здоровье, в том числе в их деловых отношениях и в рамках глобальных операций. Необходимо рекомендовать коммерческим предприятиям, а при необходимости требовать от них обнародования информации об их усилиях по решению проблем, связанных с их воздействием на права детей.

81. Среди других обязанностей и во всех условиях частные компании должны: воздерживаться от вовлечения детей в опасный труд при обеспечении того, чтобы они соответствовали минимальному возрасту для детского труда; соблюдать Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока и последующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения по этому вопросу; ограничивать рекламу энергетически насыщенного продовольствия с нехваткой питательных микроэлементов и напитков, содержащих высокий уровень кофеина и других потенциально вредных для детей веществ; и воздерживаться от рекламы, маркетинга и продажи детям табака, алкоголя и других токсичных веществ или использования изображений детей.

82. Комитет признает глубокое воздействие фармацевтического сектора на здоровье детей и призывает фармацевтические компании принимать меры по расширению доступа детей к медикаментам, уделяя особое внимание Руководящим положениям по правам человека для фармацевтических компаний по вопросу о доступе к медикаментам. В то же время государства должны обеспечивать, чтобы фармацевтические компании осуществляли мониторинг применения лекарств и медикаментов в отношении детей и воздерживались от стимулирования их избыточного предписания детям. Права интеллектуальной собственности не должны применяться таким образом, чтобы необходимые лекарства или товары становились недоступными с финансовой точки зрения для бедных слоев населения.

83. Частные компании медицинского страхования должны обеспечивать недискриминацию беременных женщин, детей или матерей по каким-либо запрещенным основаниям и поощрять равенство посредством создания партнерств с государственными системами медицинского страхования на основе принципа солидарности и гарантирования того, чтобы неплатежеспособность не ограничивала доступ к соответствующим услугам.

### **с) Средства массовой и социальной информации**

84. В статье 17 Конвенции изложены обязанности средств массовой информации. В контексте здравоохранения они могут быть далее расширены и включать в себя содействие укреплению здоровья и пропаганду здорового образа жизни среди детей; предоставление бесплатного рекламного пространства в целях укрепления здоровья; обеспечение неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности детей и подростков; поощрение доступа к информации; отказ от производства информационных программ и материалов, наносящих вред детскому и общественному здоровью; и не увековечивать связанные со здоровьем предрассудки.

### **д) Исследователи**

85. Комитет подчеркивает обязанность отдельных субъектов, включая научные круги и частные компании, проводящие исследования с вовлечением детей, по соблюдению принципов и положений Конвенции, а также Международных этических руководящих положений в области биомедицинских исследований с испытуемыми людьми. Комитет напоминает исследователям, что наилучшие интересы ребенка должны всегда превалировать над интересами общества или научного прогресса.

## **V.Международное сотрудничество**

86.Государства – участники Конвенции обязаны не только осуществлять право детей на здравоохранение в рамках своей юрисдикции, но и содействовать его всемирной реализации посредством международного сотрудничества. Пункт 4 статьи 24 требует от государств и межгосударственных учреждений уделять особое внимание приоритетам детей в области здравоохранения среди беднейших слоев населения и в развивающихся государствах.

87.Конвенция должна быть ориентиром для любой международной деятельности и программ стран-доноров и стран-получателей помощи, относящихся прямым или косвенным образом к детскому здоровью. Она требует от государств-партнеров выявлять основные проблемы в области здравоохранения, затрагивающие детей, беременных женщин и матерей в странах-получателях, и решать их в соответствии с приоритетами и принципами, установленными в статье 24. Международное сотрудничество должно быть нацелено на поддержку находящихся под опекой государства систем здравоохранения и национальных планов здравоохранения.

88.Государства несут индивидуальную и общую ответственность, в том числе через посредство механизмов Организации Объединенных Наций, по сотрудничеству в области предоставления помощи в случае стихийных бедствий и гуманитарного содействия во время чрезвычайных ситуаций. В этих случаях государства должны рассмотреть вопрос об уделении первостепенного внимания усилиям по реализации права детей на здоровье, в том числе посредством надлежащей международной медицинской помощи; распределения и управления ресурсами, такими как безопасная и питьевая вода, продовольственное и медицинское снабжение; и финансовой помощи наиболее уязвимым или маргинализированным детям.

89.Комитет напоминает государствам о необходимости достижения цели Организации Объединенных Наций о выделении 0,7% валового национального дохода на содействие международному развитию, поскольку финансовые ресурсы оказывают существенное воздействие на реализацию права детей на здоровье в государствах с ограниченными ресурсами. В целях обеспечения максимального эффекта государствам и межгосударственным учреждениям рекомендуется применять Парижские принципы по повышению эффективности внешней помощи Аккрской программы действий.

## **VI.Рамки осуществления и подотчетности**

90.Подотчетность занимает центральное место в процессе осуществления детьми права на здоровье. Комитет напоминает государствам-участникам об их обязательствах по обеспечению того, чтобы соответствующие государственные органы и поставщики услуг несли ответственность за поддержание наиболее совершенных услуг здравоохранения и медицинской помощи для детей до достижения ими 18-летнего возраста.

91.Государства должны обеспечивать условия, которые способствуют выполнению всех обязанностей носителей обязательств в отношении права детей на здоровье. Государства также должны располагать нормативно-правовой базой, в рамках которой должны действовать все субъекты, наряду с возможностью надзора за их деятельностью, в том числе путем мобилизации политической и финансовой поддержки вопросов, относящихся к детскому здоровью, и укрепления способности носителей обязательств выполнять свои обязанности и возможностей детей по отстаиванию своего права на здоровье.

92.При активном участии правительств, парламента, общин, гражданского общества и детей национальные механизмы подотчетности должны быть эффективными и прозрачными, а также ориентированными на осознание всеми субъектами ответственности за свои действия. В них, помимо прочего, должны учитываться структурные факторы, затрагивающие здоровье детей, включая законодательство, стратегии и бюджеты. Совместное отслеживание финансовых ресурсов и их воздействия на здоровье детей имеет существенное значение для государственных механизмов подотчетности.

### **A.Поощрение знаний о праве детей на здоровье (статья 42)**

93.Комитет рекомендует государствам принять и осуществлять всеобъемлющую стратегию по просвещению детей, лиц по уходу за ними, высокопоставленных должностных лиц, политиков и специалистов, работающих с детьми, в области права детей на здоровье и вклада, который они могут внести в его реализацию.

### **B.Законодательные меры**

94.Конвенция требует от государств-участников принятия всех надлежащих мер законодательного, административного и другого порядка в целях осуществления права детей на здоровье без дискриминации. Национальные законы должны налагать правовые обязательства на государство по предоставлению услуг, программ, людских ресурсов и инфраструктуры, требующихся для реализации права детей на здоровье, и по предоставлению основанного на законе права на основополагающие, ориентированные на потребности детей, качественные медицинские услуги и связанные с ними услуги для беременных женщин и детей вне зависимости от их платежеспособности. Законы должны быть предметом обзора для оценки потенциальных дискриминационных последствий или препятствий для реализации права детей на здоровье и при необходимости отменяться. В случае необходимости международные учреждения и доноры должны предоставлять помощь на цели развития и техническое содействие для таких законодательных реформ.

95.Законодательство должно выполнять ряд дополнительных функций при реализации права детей на здоровье

путем определения сферы применения данного права и признания детей в качестве субъектов права; разъяснения роли и ответственности всех носителей обязательств; разъяснений относительно того, какие услуги вправе требовать дети, беременные женщины и матери; и регулирования услуг и медикаментозного лечения для обеспечения их надлежащего качества и безопасности. Государства должны обеспечить наличие надлежащих законодательных и иных гарантий для защиты и поощрения работы правозащитников, занимающихся вопросами права детей на здоровье.

### **C. Управление и координация**

96. Государствам рекомендуется ратифицировать и осуществлять международные и региональные договоры по правам человека, относящиеся к детскому здоровью, и соответствующим образом отчитываться по всем аспектам детского здоровья.

97. Устойчивость политики и практики в области детского здоровья требует долгосрочного национального плана, который поддерживается и позиционируется в качестве национального приоритета. Комитет рекомендует государствам учредить и использовать всеобъемлющую и единую национальную координационную структуру в области детского здоровья, основанную на принципах Конвенции, для облегчения сотрудничества между государственными ведомствами и различными уровнями правительства, а также взаимодействия с заинтересованными представителями гражданского общества, включая детей. С учетом большого числа правительственных учреждений, законодательных органов и министерств, работающих над стратегиями и услугами, связанными с детским здоровьем на различном уровне, Комитет рекомендует разъяснить роль и обязанности каждого из них в законодательной и нормативно-правовой базе.

98. Особое внимание должно уделяться выявлению маргинализованных и неблагополучных групп детей, а также детей, подвергающихся риску какого-либо насилия и дискриминации, и решению их проблем в приоритетном порядке. Вся деятельность должна проводиться на основе полного финансирования, обеспечиваться финансовыми средствами и быть видимой в рамках национального бюджета.

99. Следует использовать стратегию "детское здоровье во всех направлениях политики", подчеркивая связи между детским здоровьем и его определяющими факторами. Должны приниматься все меры для устранения помех, которые затрудняют транспарентность, координацию, партнерские отношения и подотчетность в области предоставления услуг, затрагивающих детское здоровье.

100. Хотя для удовлетворения особых потребностей на местах и в различных секторах требуется децентрализация, это не снижает прямой ответственности центрального или национального правительства по выполнению своих обязательств в отношении всех детей, находящихся под их юрисдикцией. Решения о выделении ресурсов для равноуровневых услуг и географических районов должны отражать основные элементы подхода к первичной медико-санитарной помощи.

101. Государства должны привлекать все сектора общества, включая детей, к осуществлению права детей на здоровье. Комитет рекомендует, чтобы такое участие предусматривало: создание условий, способствующих непрерывному росту, развитию и устойчивости организаций гражданского общества, включая группы рядовых членов общества и группы на уровне общин; активное содействие их участию в развитии, реализации и оценке политики и услуг в области детского здоровья; и предоставление надлежащей финансовой поддержки или помощи в ее получении.

### **1. Роль парламентов в национальной подотчетности**

102. Применительно к вопросам здоровья детей на парламентах лежит обязанность по принятию законов, обеспечению транспарентности и всеобщего участия, а также по стимулированию непрерывных общественных дебатов и формированию культуры подотчетности. Им следует создавать общественные платформы для отчетности и обсуждения хода выполнения задач и поощрять участие общественности в независимых механизмах обзора. Они также должны требовать от исполнительной власти отчета за осуществление рекомендаций, сделанных в результате независимых обзоров, и обеспечивать, чтобы информация по итогам этих обзоров учитывалась в последующих национальных планах, законах, стратегиях, бюджетах и дальнейших мерах в области подотчетности.

### **2. Роль национальных учреждений по правам человека в национальной подотчетности**

103. Национальные учреждения по правам человека должны играть важную роль в обзоре и поощрении подотчетности, предоставляя детям поддержку в случае нарушений их права на здоровье и выступая за системные изменения в целях реализации данного права. Комитет напоминает о своем замечании общего порядка № 2 и вновь доводит до сведения государств, что в мандат уполномоченных или омбудсменов по правам ребенка следует включать тематику обеспечения права на здоровье, а соответствующие мандатарии должны быть наделены надлежащими ресурсами и пользоваться независимостью от правительства.

### **D. Инвестирование в здоровье детей**

104. В своих решениях о распределении бюджетных средств и ассигнований государства должны стремиться к обеспечению наличия, доступности, приемлемости и качества основных услуг в области здравоохранения для всех детей без какой бы то ни было дискриминации.

105. Государствам следует постоянно оценивать воздействие решений в области макроэкономической политики на право детей на здоровье, уделяя особое внимание детям в уязвимых ситуациях, предотвращать принятие любых решений, которые могут подорвать права детей, и применять принцип "наилучшего обеспечения интересов" при принятии таких решений. Государства также должны учитывать обязательства по статье 24 во всех аспектах своих переговоров с международными финансовыми учреждениями и другими донорами для обеспечения надлежащего учета права детей на здоровье в рамках международного сотрудничества.

106. Комитет рекомендует государствам-участникам:

а) в законодательном порядке установить определенную долю государственных расходов, выделяемых на здоровье детей, и создать механизм сопровождения, позволяющий проводить систематическую оценку этих расходов;

б) достичь рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения минимальных среднедушевых расходов на здравоохранение и уделять первоочередное внимание здоровью детей при распределении бюджетных средств;

с) обеспечить открытый характер инвестиций в детей в государственном бюджете посредством подробного учета выделенных и потраченных на них средств; и

д) проводить основанный на правах человека бюджетный мониторинг и анализ, а также связанные с воздействием на детей оценочные мероприятия по вопросу о том, каким образом инвестиции, особенно в секторе здравоохранения, могут служить наилучшему обеспечению интересов ребенка.

107. Комитет подчеркивает важность механизмов оценки при использовании ресурсов и признает необходимость разработки измеряемых показателей для оказания содействия государствам-участникам по мониторингу и оценке прогресса в области осуществления права детей на здоровье.

## **Е. Цикл действий**

108. Выполнение государствами-участниками своих обязательств по статье 24 требует участия в циклическом процессе планирования, осуществления, мониторинга и оценки, который предоставляет данные для дальнейшего планирования, корректировки хода осуществления, обновленного мониторинга и мер по оценке. Государства должны обеспечивать значимое участие детей в этом цикле и инкорпорировать в него механизмы ответных действий для содействия необходимым корректировкам в течение цикла.

109. В центре процесса разработки, осуществления и мониторинга стратегий, программ и услуг, направленных на реализацию права детей на здоровье, лежит доступность необходимой и достоверной информации. Она должна включать в себя: надлежащим образом дезагрегированные данные, охватывающие ход жизни ребенка, с уделением должного внимания уязвимым группам населения; данные о наиболее острых проблемах в области охраны здоровья, включая новые и игнорируемые причины смертности и заболеваемости; и данные об определяющих факторах детского здоровья. Для стратегической информации необходимы данные, собранные с помощью стандартных информационных систем здравоохранения, специальных опросов и исследований. Они должны включать в себя сведения как количественного, так и качественного порядка. Эти данные следует собирать, анализировать, распространять и использовать для наполнения стратегий и программ на национальном и административно-территориальном уровне.

## **1. Планирование**

110. Комитет отмечает, что в целях осознанного осуществления, мониторинга и оценки деятельности в рамках выполнения обязательств по статье 24 государства должны проводить ситуационный анализ существующих проблем, вопросов и инфраструктуры по предоставлению услуг. Этот анализ должен содержать оценку институционального потенциала и наличия людских, финансовых и технических ресурсов. На основе результатов анализа следует разрабатывать стратегию при участии всех заинтересованных сторон, государственных и негосударственных субъектов и детей.

111. Ситуационный анализ обеспечит ясное видение приоритетов на национальном и административно-территориальном уровне и стратегий по их осуществлению. Следует устанавливать стандарты и цели, разрабатывать предусмотренные бюджетом планы действий и рабочие стратегии наряду со структурой по мониторингу и оценке стратегий, программ и услуг, а также стимулировать подотчетность в области детского здоровья. Эти инициативы прояснят, каким образом необходимо укреплять существующие структуры и системы для обеспечения их совместимости с Конвенцией.

## **2. Критерии эффективности и осуществления**

112. Государства должны обеспечивать соответствие всех услуг и программ в области детского здоровья критериям наличия, доступности, приемлемости и качества.

### **а) Наличие**

113. Государства должны обеспечивать наличие функционирующих детских медицинских учреждений и оборудования, товаров, услуг и программ для детей в достаточном количестве. Государствам следует обеспечить достаточное количество больниц, клиник, медицинских специалистов, передвижных пунктов и аппаратуры,

работников здравоохранения на местном уровне, оборудования и основных лекарств для оказания медицинской помощи всем детям, беременным женщинам и матерям на всей территории страны. Достаточность должна определяться в соответствии с потребностями с уделением особого внимания населению, не охваченному надлежащим обслуживанием и проживающему в труднодоступных районах.

## **в)Доступность**

114.Элемент доступности имеет четыре следующих измерения:

а)*недискриминация*: медицинские и связанные с ними услуги, а также оборудование и товары должны быть доступны для всех детей, беременных женщин и матерей по закону и на практике без какой бы то ни было дискриминации;

б)*физическая доступность*: медицинские учреждения и оборудование должны находиться на доступном расстоянии для всех детей, беременных женщин и матерей. Физическая доступность может потребовать дополнительного внимания к потребностям детей и женщин с инвалидностью. Комитет рекомендует государствам уделять первостепенное внимание размещению медицинских учреждений и оборудования в районах, не охваченных надлежащим обслуживанием, и вкладывать инвестиции в передвижные средства оказания помощи, инновационные технологии и хорошо подготовленные медицинские кадры на местном уровне, что рассматривается в качестве способов охвата потребностей особенно уязвимых групп детей;

с)*экономическая /ценовая доступность*: отсутствие возможности оплачивать услуги, товары и медикаменты не должно приводить к отказу в доступе к ним. Комитет призывает государства отменить взносы пациентов и применять такие системы финансирования здравоохранения, которые не являются дискриминационными по отношению к женщинам и детям на основании их неплатежеспособности. Механизмы совместного покрытия рисков, такие как налоговые сборы и страхование, должны применяться на основе равноправных взносов с учетом уровня доходов.

д)*информационная доступность*: информация по вопросам укрепления здоровья, состояния здоровья и вариантов лечения должна предоставляться детям и лицам по уходу за ними на том языке и в той форме, которые им доступны и понятны.

## **с)Приемлемость**

115.В контексте права детей на здоровье Комитет определяет приемлемость как обязательство по разработке и применению связанных со здоровьем средств, товаров и услуг таким способом, при котором полностью учитываются и соблюдаются принципы медицинской этики, а также детские потребности, ожидания, культура, взгляды и языки при уделении, в случае необходимости, особого внимания отдельным группам детей.

## **д)Качество**

116.Помещения и оборудование, товары и услуги лечебно-медицинского назначения должны быть надлежащими и высококачественными с научной и медицинской точек зрения. Обеспечение качества требует, помимо прочего, чтобы а) лечение, вмешательство и медикаменты основывались на наилучшем имеющемся опыте; б) медицинский персонал обладал необходимой квалификацией и получал надлежащую профессиональную подготовку по материнскому и детскому здоровью и по принципам и положениям Конвенции; в) больничное оборудование было одобрено с научной точки зрения и подходило для детей; г) лекарственные препараты были одобрены с научной точки зрения, не просрочены и приспособлены для детей (при необходимости) и проходили проверку на предмет неблагоприятной реакции; и е) проводилась регулярная оценка качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения.

## **3.Мониторинг и оценка**

117.Следует разработать хорошо структурированный и надлежащим образом дезагрегированный комплекс показателей для мониторинга и оценки в целях удовлетворения требованиям в соответствии с критериями эффективности, указанными выше. Данные должны использоваться для пересмотра и совершенствования стратегий, программ и услуг в интересах осуществления права детей на здоровье. Информационные системы в области здравоохранения должны обеспечивать, чтобы данные были достоверными, транспарентными и последовательными и одновременно защищали право физических лиц на неприкосновенность частной жизни. Государствам следует регулярно проводить обзор своих информационных систем в области здравоохранения, включая учет рождаемости и наблюдение за смертностью, в целях их модернизации.

118.Национальные механизмы подотчетности должны на основе своих заключений осуществлять мониторинг, обзор и предпринимать соответствующие действия. Мониторинг означает предоставление данных о состоянии здоровья детей, регулярный обзор качества услуг по охране здоровья детей, а также информацию о том, сколько средств было выделено на них и где, на что и на кого они были потрачены. Он также должен включать в себя как стандартный контроль, так и периодические углубленные оценочные мероприятия. Обзор означает анализ данных и проведение консультаций с детьми, семьями, другими лицами по уходу за детьми и гражданским обществом в целях определения того, улучшилось ли здоровье детей, и выполнили ли правительства и другие субъекты свои обязательства. Действия означают использование фактических данных, полученных в результате этих процессов, для повторения и расширения успешных направлений работы и исправления и реформирования возникших



проблем.

## **F. Средства правовой защиты в случае нарушений права на здравоохранение**

119. Комитет настоятельно рекомендует государствам создать для детей функциональные и доступные механизмы подачи жалоб на местном уровне и предоставить им возможность добиваться и получать возмещение ущерба в случаях, когда их право на здоровье нарушено или находится под угрозой. Государства также должны обеспечивать широкие права в области процессуальной правоспособности, включая подачу коллективных исков.

120. Государствам следует обеспечивать и облегчать доступ в суды детей и лиц по уходу за ними и принимать меры по устранению препятствий для доступа к средствам правовой защиты в случае нарушений права детей на здоровье. Национальные учреждения по правам человека, уполномоченные по правам ребенка, профессиональные ассоциации здравоохранения и объединения потребителей могут сыграть важную роль в этом отношении.

## **VII. Распространение информации**

121. Комитет рекомендует государствам широко распространить настоящее замечание общего порядка в парламенте и правительстве, в том числе в министерствах, ведомствах, муниципальных и местных органах, занимающихся вопросами охраны здоровья детей.