



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
13 September 2006
Russian
Original: English

Шестьдесят первая сессия

Пункт 66(b) предварительной повестки дня*

Поощрение и защита прав человека: вопросы прав человека, включая альтернативные подходы в деле содействия эффективному осуществлению прав человека и основных свобод

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Записка Генерального секретаря**

Генеральный секретарь имеет честь препроводить членам Генеральной Ассамблеи доклад Пола Ханта, Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, представленный в соответствии с решением 1/102 Совета по правам человека, в котором Совет постановил продлить в порядке исключения на один год мандаты и полномочия держателей мандатов всех специальных процедур Комиссии по правам человека.

* A/61/150.

** Настоящий доклад представляется с опозданием из-за консультаций.



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

Резюме

В настоящем докладе, представленном в соответствии с решением 1/102 Совета по правам человека, описываются мероприятия, предпринятые в последнее время Специальным докладчиком по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, и вопросы, представляющие для него особый интерес.

В докладе анализируется взаимосвязь между правом на наивысший достижимый уровень здоровья и двумя центральными элементами целей развития тысячелетия: доступ к лекарствам и сокращение материнской смертности.

В первой главе анализируются причины материнской смертности и их тесная связь с неосуществлением права на наивысший достижимый уровень здоровья. В этой главе освещается позитивный вклад права на здоровье в сокращение материнской смертности. При надлежащей его интеграции право на здоровье поможет сделать соответствующую политику более справедливой, преемственной и эффективной. Это право также является эффективным пропагандистским средством борьбы за сокращение материнской смертности.

Во второй главе кратко рассматривается компонент права на наивысший достижимый уровень здоровья, применительно к лекарствам, включая основные лекарственные препараты. На основе использования разработанного в последние годы аналитического механизма права на здоровье в первом разделе особое внимание уделяется ответственности государств. Во втором разделе дается краткая вводная информация об ответственности фармацевтических компаний.

В этой главе объясняется, что Специальный докладчик в настоящее время готовит проект некоторых предварительных руководящих принципов для а) государств и б) фармацевтических компаний, которые касаются доступа к лекарствам.

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1–6	4
II. Сокращение материнской смертности: вклад права на здоровье	7–36	5
A. Нормы, связанные с правом на здоровье, и обязательства, касающиеся борьбы с материнской смертностью	13–21	6
B. Каким образом право на охрану здоровья может способствовать осуществлению стратегий и программ сокращения материнской смертности?	22–30	9
C. Необходимость проведения кампании в защиту прав человека против материнской смертности	31–36	11
III. Право человека на лекарства	37–93	12
A. Обязанности государств	47–81	15
B. Обязанности фармацевтических компаний	82–93	23
IV. Выводы	94–96	26

I. Введение

1. Своей резолюцией 60/251 от 15 марта 2006 года Генеральная Ассамблея постановила завершить работу Комиссии по правам человека и учредила Совет по правам человека. Мандат Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья изложен в резолюциях 2002/31 и 2004/27 Комиссии. Совет по правам человека в своем решении 1/102 продлил все мандаты бывшей Комиссии по правам человека, включая мандат Специального докладчика. Настоящий доклад представляется в соответствии с этой резолюцией.

2. 10–18 января 2006 года Специальный докладчик совершил поездку в Швецию по приглашению правительства этой страны. Доклад об этой поездке будет представлен Совету на его четвертой сессии.

3. В феврале 2006 года вместе с четырьмя другими держателями мандатов специальных процедур Специальный докладчик представил совместный доклад Комиссии по правам человека, в котором особое внимание уделяется положению с соблюдением прав человека лиц, содержащихся под стражей на военно-морской базе Соединенных Штатов Америки в Гуантанамо-Бей (E/CN.4/2006/120). Этот доклад будет рассмотрен на третьей сессии Совета по правам человека.

4. Специальный докладчик обратился к различным правительствам со срочными призывами и другими посланиями; он также выпустил ряд пресс-релизов. Он проинформирует об этих обращениях в своем ежегодном докладе Совету.

5. В течение 2006 года Специальный докладчик принял участие в ряде совещаний, созванных международными организациями, правительствами и гражданским обществом, включая следующие. В феврале и марте он участвовал в консультациях экспертов по показателям, организованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ). С марта по июль он провел ряд консультаций по вопросу о праве на лекарства с представителями международных организаций, включая ВОЗ; Департаментом Соединенного Королевства по международному развитию (ДМР); УВКПЧ; неправительственными организациями (НПО), в том числе с организацией «Реализация прав: Инициатива в поддержку этической глобализации» (ИЭГ), организацией «Оксфам» и организацией «ЗД: торговля — права человека — справедливая экономика». В апреле он выступил на организованном министерством иностранных дел Швеции практикуме, посвященном сексуальным правам, развитию и правам человека. По приглашению коалиции НПО Специальный докладчик посетил в мае Австралию, где он участвовал в различных мероприятиях, в том числе в программе учебной подготовки по правам человека, организованной по линии Программы подготовки дипломатов в Университете Нового Южного Уэльса. В мае он также провел в Веллингтоне совещание с Новозеландским агентством помощи и международного развития и принял участие в состоявшихся в Мексике семинарах, организованных Высшей школой государственного управления и государственной политики Монтеррейского института технологических и высших исследований и в медицинской академии Университета штата Коауила. В июне он принял участие в ежегодном совещании механизма

специальных процедур Совета по правам человека, организованном УВКПЧ. В течение этого же месяца он принял участие в практикуме, организованном Медицинской ассоциацией Великобритании по теме «Улучшение охраны здоровья в развивающихся странах: что могут сделать национальные медицинские ассоциации?». В июле Специальный докладчик принял участие в неофициальных консультациях с Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения, ВОЗ, ЮНИСЕФ, Панамериканской организацией здравоохранения и УВКПЧ, уделив особое внимание проводимой им в настоящее время и планируемой на будущее работе по проблемам сексуальных прав и прав в области репродуктивного здоровья.

6. Все документы Организации Объединенных Наций, связанные с работой Специального докладчика, имеются на веб-сайте УВКПЧ по адресу <http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/>. Для удобства пользования этими документами и документами отдельных конференций можно также ознакомиться на веб-сайте Центра по правам человека Эссекского университета по адресу http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtm.

II. Сокращение материнской смертности: вклад права на здоровье

7. Согласно оценкам, в 2000 году показатель материнской смертности во всем мире составил 529 000 смертей; 95 процентов из них приходится на Африку и Азию¹. В развитых странах вероятность смерти при родах равна всего лишь 1 случаю из 2800, а в некоторых странах — 1 из 8700, против 1 из 20 в Африке. В ряде стран уровень риска для жизни составляет более 1 к 10². Женщины, находящиеся за чертой бедности, и женщины в сельской местности, а также женщины, относящиеся к этническим меньшинствам или коренному населению, подвергаются особому риску³. В развивающихся странах осложнения при беременности и родах являются основной причиной смертности среди женщин в возрасте 15–19 лет. В мире в целом около 80 процентов случаев смерти матерей вызваны осложнениями, связанными с акушерской практикой, чаще всего кровотечением, сепсисом, абортными в небезопасных условиях, преэклампсией и эклампсией, а также затяжным или патологическим родоразрешением⁴. На осложнения при абортах в небезопасных условиях приходится 13 процентов случаев смерти матерей во всем мире и 19 процентов — в Южной Америке⁵. Примерно 74 процента случаев материнской смертности можно было бы предотвратить, если бы у всех женщин был доступ к медицинским услугам при осложнениях во время беременности и родов, в частности экстренной акушерско-гинекологической помощи⁶.

8. На каждую женщину, которая умирает из-за осложнений при беременности и родах, приблизительно еще 30 женщин становятся инвалидами и страдают от травм и инфекций⁷. Согласно оценкам ВОЗ, в 1999 году свыше 2 миллионов женщин в развивающихся странах не излечились от послеродовых свищей, тяжелой послеродовой травмы.

9. У мужчин в возрасте 15–44 лет нет ни одной причины смертности и инвалидности, которая была бы по своим масштабам сопоставима с материнской смертностью и инвалидностью⁸.

10. Эти крайне шокирующие статистические данные и факты свидетельствуют о хроническом и глубоко укоренившемся неравенстве в области охраны здоровья. Во-первых, развивающиеся страны в несоизмеримо большей степени страдают от материнской смертности. Во-вторых, во многих странах женщины, относящиеся к маргинальным категориям населения, такие, как малообеспеченные женщины и женщины из этнических меньшинств или коренного населения, подвергаются более высокому риску смерти при беременности и родах. В-третьих, показатели материнской смертности и заболеваемости указывают на огромный разрыв между мужчинами и женщинами в возможностях пользования ими правами на сексуальное и репродуктивное здоровье.

11. Все большее число стран добивается прогресса в деле сокращения материнской смертности. Однако в странах с самым высоким уровнем материнской смертности прогресс в этой области затормозился или обратился вспять⁹. И все это — несмотря на давние международные обязательства и инициативы в деле сокращения материнской смертности.

12. В последние годы углубилось концептуальное осмысление материнской смертности как проблемы прав человека¹⁰. В настоящей главе Специальный докладчик анализирует некоторые аспекты взаимосвязи между материнской смертностью и правом на наивысший достижимый уровень здоровья.

A. Нормы, связанные с правом на здоровье, и обязательства, касающиеся борьбы с материнской смертностью

13. Право на наивысший достижимый уровень здоровья предусматривает оказание женщинам услуг при беременности и в послеродовой период, а также предоставление других услуг и информации по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья¹¹. Эти права охватывают основные технические процедуры, связанные с предотвращением материнской смертности, включая доступ к услугам квалифицированной акушерки, неотложную акушерскую помощь, просвещение и информацию по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, услуги по безопасному прерыванию беременности, если это не противоречит закону, и другие услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья¹².

14. Хотя право на здоровье предполагает право на конкретные товары, услуги и организационное обеспечение в области охраны здоровья, его следует также понимать в более широком смысле как право на эффективную и комплексную систему здравоохранения, охватывающую охрану здоровья и основополагающие детерминанты здоровья, реагирующие на национальные и местные приоритеты, и доступную для всех (см. E/CN.4/2006/48, пункт 4). Все это важно в контексте материнской смертности. Справедливая, обеспеченная необходимыми ресурсами, доступная и интегрированная система здравоохранения, по всеобщему мнению, является неотъемлемым условием гарантированного доступа женщин к услугам, которые могут предотвратить или устранить факторы, влияющие на уровень материнской смертности¹³.

15. В последние годы Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам, Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья и другие структуры разработали механизм реализации норм и обязательств в

области права на охрану здоровья. Этот механизм, о котором речь идет в пункте 45 настоящего доклада, может применяться в контексте того или иного права на здоровье, в частности в вопросах материнской смертности. Этот механизм есть своего рода призма, позволяющая осознать важность права на охрану здоровья в контексте материнской смертности, и может также служить полезной первоосновой для интегрирования права на охрану здоровья в процесс разработки политики (см. пункты 16–24). Опираясь на этот механизм, Специальный докладчик хотел бы высказать некоторые не претендующие на универсальность суждения о нормах и обязательствах в области охраны здоровья применительно к сокращению материнской смертности, в том числе в контексте укрепления систем здравоохранения.

Охрана здоровья

16. Право на охрану здоровья прежде всего ориентировано на обеспечение гарантированного первичного медико-санитарного обслуживания. Приоритетной мерой в предотвращении материнской смертности является обеспечение работы систем первичного медико-санитарного обслуживания — «от услуг в общинах до услуг в стационаре первого уровня, позволяющем оказывать неотложную акушерскую помощь»¹⁴.

17. Право на охрану здоровья — это право женщин на услуги, товары и обслуживание в медицинских учреждениях в связи с репродуктивным здоровьем, которые:

а) *имеются в надлежащем количестве*¹⁵. Это, в частности, возлагает на государства обязанность обеспечить необходимое количество медицинских специалистов. Повышение эффективности стратегий в области людских ресурсов, включая рост количества медицинских специалистов и улучшение условий найма и труда, является принципиально важной предпосылкой сокращения материнской смертности во многих странах¹⁶;

б) *являются доступными в физическом и экономическом отношениях*¹⁷. Физический доступ к медицинским услугам и их стоимость нередко влияют на решения женщин о том, следует ли ими пользоваться¹⁸. Во многих странах сокращение материнской смертности будет зависеть от расширения доступа к нужным услугам, в том числе через их распространение на обслуживаемые в недостаточной степени районы. Это также будет зависеть от обеспечения доступности необходимых услуг;

с) *доступны без какой-либо дискриминации*. При этом следует учитывать фактор пола и права и культурные особенности меньшинств и коренных народов¹⁹. Предотвращение материнской смертности и расширение доступа к услугам в области охраны здоровья матерей — это не просто расширение масштабов технических услуг или обеспечение приемлемой их стоимости. Важно также не упускать из вида социальные, культурные, политические и правовые факторы, влияющие на решения женщин о пользовании услугами в области охраны здоровья матерей или другими услугами в области репродуктивного здоровья. Здесь может потребоваться решение проблем, связанных с дискриминационными законодательством, политикой и практикой и неравенством полов, которые мешают женщинам и подросткам воспользоваться высококачественными услугами;

d) *характеризуются высоким качеством*²⁰. Качество обслуживания нередко влияет на результативность помощи, а также на принимаемые женщинами решения относительно целесообразности использования услуг.

Главные детерминанты здоровья

18. Право на охрану здоровья является не просто правом на медико-санитарные услуги, но также правом на другие социальные, экономические, культурные и политические детерминанты здоровья. К их числу относятся участие в процессах принятия связанных с охраной здоровья решений, информация о сексуальном и репродуктивном здоровье, грамотность, питание, недискриминация и равенство полов. Большинство этих детерминант оказывает непосредственное влияние на доступ к услугам в области здравоохранения, имеющим существенно важное значение для предотвращения материнской смертности. Некоторые из них, например питание, могут быть прямой причиной материнской смертности. Некоторые из этих вопросов подробнее рассматриваются в пункте 22.

Постепенная реализация, ресурсы и международное сотрудничество

19. Государства обязаны выделять максимальные ресурсы и принимать меры правового и политического характера по обеспечению прогрессивной реализации права на охрану здоровья²¹. Во многих странах системы здравоохранения хронически недофинансируются и находятся в плачевном состоянии. Увеличение расходов и активизация политики, нацеленной на укрепление систем здравоохранения, и уделение приоритетного внимания охране здоровья матерей имеют существенно важное значение для сокращения материнской смертности.

20. Право на охрану здоровья обуславливает ответственность развитых государств за обеспечение международной помощи и взаимодействия в целях оказания развивающимся государствам содействия в реализации права на охрану здоровья²². Развитые государства должны поддерживать усилия развивающихся государств по сокращению материнской смертности. Эта ответственность отражена в восьмой цели развития тысячелетия — обязательстве развивать глобальные партнерские связи в целях развития. Развитые государства должны обеспечивать, чтобы осуществляемая на международном уровне помощь в целях развития и другие меры директивного характера способствовали укреплению систем здравоохранения и другой соответствующей политики в развивающихся странах (см. также A/59/422 и A/60/348).

Право на охрану здоровья и модель «трех задержек»

21. Высказывалось мнение, что причиной материнской смертности являются главным образом задержки с принятием решений об обращении за необходимой медицинской помощью в ситуациях, требующих немедленного внимания со стороны акушерского персонала (по причине стоимости, непонимания серьезности угрозы для здоровья, низкого уровня образования, отсутствия доступа к информации и гендерного неравенства); доставкой в соответствующее медицинское учреждение (по причинам расстояния, инфраструктуры и транспорта); и получением необходимых услуг после доставки в учреждение (по причине нехватки персонала или отсутствия энергоснабжения, водоснабжения или медицинских средств)²³. Эти «три задержки» взаимосвязаны²⁴. Право на охрану

здоровья распространяется на нормы и обязательства, которые имеют важное значение в каждом из этих контекстов.

В. Каким образом право на охрану здоровья может способствовать осуществлению стратегий и программ сокращения материнской смертности?

22. На Саммите тысячелетия Организации Объединенных Наций (2000 год) государства приняли Декларацию тысячелетия. Эта Декларация включает в себя обязательство сократить масштабы материнской смертности на три четверти к 2015 году²⁵. Сформулированные в Декларации тысячелетия цели в области развития (Цели), включающие обязательство повышать эффективность охраны здоровья матерей, стали центральной платформой для осуществляемых на международном уровне усилий в области развития.

23. Проблеме материнской смертности уделялось особое внимание на международном уровне в течение многих лет еще до принятия Целей²⁶. Однако Цели представляют собой новую и, вероятно, еще более широкую возможность сократить масштабы материнской смертности. В них относительно большее значение придается этой проблеме, содержатся оговоренные конкретными сроками целевые задания и осуществляются при поддержке международного аппарата, оказывающего консультативные услуги в ходе их осуществления, пользуются значительной общей поддержкой со стороны доноров и международных организаций и во все более широких масштабах формируют национальную и международную политику в области развития.

24. На Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшейся в Каире 5–13 сентября 1994 года, государства признали, что сексуальное и репродуктивное здоровье имеет существенно важное значение для развития. Однако в Целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, об этой связи не говорится ничего. Тем не менее на состоявшейся в 2005 году Всемирной встрече на высшем уровне государства подтвердили отмеченную позицию МКНР, взяв на себя обязательство «обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья, как это предусмотрено в МКНР, включить эту цель в стратегии достижения согласованных на международном уровне целей в области развития, в том числе сформулированных в Декларации тысячелетия, для сокращения материнской смертности [и] улучшения охраны здоровья матери»²⁷.

25. Хотя достижение Цели 5 будет способствовать сокращению материнской смертности на три четверти к 2015 году, более широкая задача состоит в улучшении охраны здоровья матери. В течение последнего десятилетия все больше внимания стало уделяться улучшению охраны здоровья матери. В частности, больше внимания совершенно справедливо уделяется проблеме послеродовых свищей. В 2003 году ЮНФПА и другие учреждения Организации Объединенных Наций начали глобальную кампанию борьбы с послеродовыми свищами.

26. В Целях — и в большом числе национальных и международных нормативных механизмов — прямо не указывается на право охраны здоровья или другие права. Смежным с этим вопросом является вопрос о том, может ли право на охрану здоровья быть фактором, который способствовал бы разработке

политики сокращения масштабов материнской смертности, а также улучшения охраны здоровья матерей.

27. Целевая группа по вопросам охраны здоровья матери и ребенка в рамках Проекта тысячелетия, которой поручено разработать рекомендации по Целям, безоговорочно в своем признании роли прав человека, в том числе права на охрану здоровья, в деле разработки политики сокращения материнской смертности. Другие структуры также выступают за использование правозащитного подхода к разработке политики в области здравоохранения, а некоторые из них уже предприняли шаги к интегрированию прав человека в свои стратегии и программы сокращения материнской смертности.

28. Есть ряд причин, объясняющих, почему право на охрану здоровья может быть конструктивным фактором содействия разработке политики в области охраны здоровья матери:

а) ввиду своей опоры на закон, широкого признания международным сообществом и наличия детально проработанных специфических норм и обязательств право на охрану здоровья может помочь законодательно оформить стратегии и программы предотвращения материнской смертности;

б) заложенные в праве на охрану здоровья принципы равенства и недискриминации призваны обеспечить выполнение трех важных функций в политике сокращения материнской смертности. Во-первых, они лежат в основе программ, поощряющих более справедливое распределение услуг в области охраны здоровья, в том числе в сельской местности или бедных районах, или районах с высокой численностью коренного населения или меньшинств. Во-вторых, они служат критерием определения приоритетности услуг — таких, как неотложная акушерская помощь, — которые могут гарантировать осуществление права женщин на охрану здоровья на основе недискриминации и равенства. В-третьих, стратегии, поощряющие недискриминацию и равенство, — а также достоинство, учет культурных факторов, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность — в клинических условиях, могут способствовать улучшению отношений между пациентом и медицинским персоналом и побуждать женщин обращаться за медицинской помощью;

в) право на охрану здоровья включает право на участие в разработке политики в области здравоохранения на местном, национальном и международном уровнях. Участие соответствующих заинтересованных сторон, включая женщин, будет способствовать разработке более эффективных и устойчивых программ, уменьшению степени изоляции и повышению ответственности;

г) контроль и подотчетность являются неотъемлемыми элементами права на охрану здоровья и могут способствовать сокращению материнской смертности. Право на охрану здоровья требует подотчетности различных вовлеченных сторон, включая медицинские учреждения, местные органы здравоохранения, национальные правительства, международные организации и гражданское общество²⁸. Доступные и эффективные механизмы подотчетности — включая суды, трибуналы, омбудсменов по вопросам здравоохранения, механизмы оценки результативности и обзора политики — могут способствовать расширению доступа к услугам в области здравоохранения; и

е) основанный на праве на охрану здоровья подход к сокращению материнской смертности требует разработки соответствующих показателей кон-

троля за прогрессом и выявления сфер, в которых необходима корректировка политики. Предмет настоящего доклада не позволяет провести подробный анализ необходимых показателей. Специальный докладчик хотел бы обратить внимание Генеральной Ассамблеи на свой доклад Комиссии по правам человека (E/CN.4/2006/48, пункты 22–61, и приложение), в котором изложена методология основанного на правах подхода к показателям в области здравоохранения, в том числе в связи со стратегией обеспечения репродуктивного здоровья, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2004 года.

29. Короче говоря, политика, опирающаяся на право на охрану здоровья, скорее всего будет справедливой, всеобъемлющей, недискриминационной и основанной на принципах участия и объективности. В контексте стратегий сокращения материнской смертности эти факторы способствуют расширению возможностей самореализации женщин и служат гарантией преемственности, действенности и эффективности этих стратегий.

30. Меры по предотвращению материнской смертности, включая услуги в области планирования семьи, квалифицированную акушерскую помощь при родах и неотложную акушерскую помощь и другие услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, также являются крайне необходимыми мерами предотвращения и устранения других причин неудовлетворительного сексуального и репродуктивного здоровья, включая послеродовые свищи и другие причины материнской заболеваемости. Поэтому основанный на праве на охрану здоровья подход к сокращению материнской смертности также может способствовать улучшению сексуального и репродуктивного здоровья, включая здоровье матерей.

С. Необходимость проведения кампании в защиту прав человека против материнской смертности

31. В своей работе Специальный докладчик настоятельно призвал экспертов по правам человека и правозащитные организации перейти от использования традиционных методов — таких, как пропагандистские кампании, предание гласности личности и публичное осуждение нарушителей прав и судебные иски — к взаимодействию с директивными органами здравоохранения, чтобы обеспечить учет в политике права на охрану здоровья.

32. Материнская смертность является одним из немногих вопросов в проблематике права на охрану здоровья, по которым эксперты в области прав человека и директивные органы системы здравоохранения активно и конструктивно взаимодействуют друг с другом. Такие усилия заслуживают похвалы и дальнейшей поддержки; однако в этом деле, несомненно, имеются возможности для дальнейшего взаимодействия на международном, национальном и местном уровнях.

33. В то же время сообщество правозащитных организаций уделяет значительно меньше внимания традиционным правозащитным методам решения проблемы материнской смертности²⁹. Предание гласности личности и публичное осуждение нарушителей прав, пропагандистские кампании и судебные иски также призваны сыграть важную роль в усилении требований и повышении ответственности в деле сокращения материнской смертности.

34. В 90-е годы бытовое насилие квалифицировалось как нарушение прав человека, и это способствовало активизации глобальной кампании борьбы с бытовым насилием. Правозащитное сообщество в свою очередь следует призвать к проведению глобальной правозащитной кампании борьбы с материнской смертностью. Правозащитное сообщество следует настоятельно призвать столь же громко заявить о необходимости борьбы с материнской смертностью, как оно это делает в отношении внесудебных казней, произвольного задержания, несправедливых судов и узников совести. Стабильно высокие коэффициенты материнской смертности, а также то обстоятельство, что все государства взяли на себя обязательство сократить на три четверти коэффициент материнской смертности к 2015 году, свидетельствуют о том, что настало время для такой инициативы.

35. Не следует недооценивать те многие проблемы, которые возникнут в ходе такого начинания. Например, хотя насилие в отношении женщин всегда является нарушением прав человека, некоторые неизбежные случаи материнской смертности такими не являются. В качестве еще одного примера можно указать на то, что личность нарушителя прав человека не всегда может быть установлена, поскольку ответственность за материнскую смертность может быть возложена на многие стороны, включая членов семьи, работников и учреждения здравоохранения, соответствующее государство и международное сообщество. Однако из-за всего этого многочисленные случаи смерти матерей не перестают быть нарушением прав человека, и такое нарушение необходимо тщательно расследовать, с тем чтобы установить ответственные стороны и обеспечить более высокий уровень подотчетности, позволяющий в безотлагательном порядке внести необходимые изменения в политику.

36. Проведение правозащитной кампании борьбы со случаями предотвратимой материнской смертности неизбежным образом заставит обратить внимание и на другие важные проблемы, в том числе не менее важную проблему создания эффективных систем здравоохранения, являющихся доступными для всех.

III. Право человека на лекарства

37. Почти 2 миллиарда человек не имеют доступа к важнейшим медикаментам³⁰. Это обстоятельство является причиной огромных страданий, которых можно было бы избежать: плохого состояния здоровья, боли, страха, потери достоинства и жизни³¹. Благодаря расширению доступа к имеющимся лекарственным средствам можно было бы каждый год спасать жизнь 10 миллионов человек, 4 миллиона из которых — в Африке и Юго-Восточной Азии³². Помимо лишений, одной из важнейших особенностей сложившегося положения в фармацевтической промышленности во всем мире по-прежнему является вопиющее неравенство в доступе к лекарствам³³. Средний показатель расходов в пересчете на душу населения на лекарственные средства в странах с высоким уровнем дохода в 100 раз превышает соответствующий показатель для стран с низким уровнем дохода: 400 долл. США по сравнению 4 долл. США. Согласно оценкам ВОЗ, 15 процентов населения мира потребляет свыше 90 процентов производимых в мире фармацевтических препаратов³⁰.

38. Причиной этих имеющих массовый характер лишений и неравенства являются существующие национальные и международные стратегии, правила и

учреждения. Национальные системы поставок медикаментов нередко не охватывают тех, кто живет в условиях нищеты. А если охватывают, то эти медикаменты нередко для них недоступны. В историческом плане научные исследования и разработки не были направлены на удовлетворение приоритетных потребностей в области здравоохранения групп населения, проживающих в условиях нищеты. Альтернативные механизмы являются возможными, а реформы — настоятельно необходимыми. Они обусловлены соображениями правового и этического характера, в том числе теми, которые вытекают из норм международного права в области прав человека.

39. Достижение сформулированных в Декларации тысячелетия целей в области развития, таких, как сокращение детской смертности, улучшение охраны здоровья матери и борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями, зависит от расширения доступа к медикаментам. В самом деле, одна из сформулированных в Декларации тысячелетия целей в области развития состоит в обеспечении в сотрудничестве с фармацевтическими компаниями доступа к недорогостоящим основным лекарствам в развивающихся странах³⁴. Что особенно важно, осуществление права на наивысший достижимый уровень здоровья может способствовать достижению связанных со здравоохранением целей.

40. Медицинский уход в случае заболевания, а также профилактика и лечение заболеваний и борьба с ними являются основными компонентами права на наивысший достижимый уровень здоровья³⁵. Эти характеристики зависят от доступа к лекарствам. Таким образом, доступ к лекарствам является неотъемлемой частью права на наивысший достижимый уровень здоровья. Многочисленные судебные дела, а также резолюции Комиссии по правам человека подтверждают, что доступ к основным лекарственным средствам является основополагающим элементом права на охрану здоровья³⁶. Некоторые из этих дел также подтверждают, что вопросы доступа к основным лекарствам тесно связаны с другими правами человека, такими, как право на жизнь.

41. В настоящей главе содержится краткий анализ лекарственного компонента права на охрану здоровья. Хотя основное внимание в настоящей главе уделяется ответственности государств (см. раздел А, пункты 47–81 ниже), в ней также дается краткая вводная информация об ответственности фармацевтических компаний (см. раздел В, пункты 82–92). Эта глава предлагается в качестве предварительного вклада в рассмотрение масштабных и самых важных вопросов прав человека.

42. С 2004 года Специальный докладчик использует материалы ряда важных практикумов и других совещаний с различными участниками, включая представителей фармацевтических компаний, по вопросам, затрагиваемым в настоящей главе (см. пункт 86). С тем чтобы быть в максимально возможной степени практичным и конструктивным, он готовит проект руководящих принципов для государств и фармацевтических компаний по вопросам доступа к медикаментам. Этот проект нацелен на то, чтобы оказывать государствам и фармацевтическим компаниям содействие в более глубоком понимании и исполнении ими своих обязанностей в области осуществления права на охрану здоровья в плане доступа к медикаментам. В разделе А рассматриваются обязанности государств, а в разделе В — обязанности фармацевтических компаний. (С

предварительным проектом можно ознакомиться на сайте по адресу http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/rapporteur.shtm.)

43. В ближайшие месяцы Специальный докладчик продолжит работу над этим предварительным проектом, с тем чтобы в 2007 году завершить разработку руководящих принципов. Он проведет широкие консультации по проекту и, пользуясь настоящей возможностью, предлагает всем заинтересованным сторонам представить ему свои замечания³⁷.

Принципы анализа и права на охрану здоровья

44. Право на наивысший достижимый уровень здоровья является важным и комплексным правом человека. В последние годы Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, ВОЗ, организации гражданского общества, ученые и многие другие участники разработали метод «раскрытия сути» или анализа права на охрану здоровья, с тем чтобы облегчить его понимание и применение *на практике* в стратегиях, программах и проектах в области здравоохранения (например, общее замечание 14 Комитета). Со своей стороны, Специальный докладчик пытался применять и совершенствовать эти принципы анализа в своих страновых и других докладах. Он настоятельно рекомендует директивным органам применять эти принципы анализа, поскольку они будут способствовать обеспечению более глубокого понимания ими права на охрану здоровья и позволят им сделать более эффективными их политику и другие меры в области здравоохранения. Таким образом, принципы анализа станут общим языком для обсуждения широкого круга вопросов здравоохранения через призму права на охрану здоровья.

45. Хотя принципы анализа более подробно изложены в других документах, их ключевые элементы могут быть вкратце резюмированы следующим образом:

- идентификация соответствующих национальных и международных законов, норм и стандартов в области прав человека;
- признание того, что обеспечение права на охрану здоровья зависит от наличия ресурсов и является поэтапным процессом, требующим определения показателей и контрольных параметров для измерения достигнутого прогресса (или его отсутствия) за тот или иной промежуток времени;
- тем не менее признание того факта, что некоторые обязательства, обусловленные правом на охрану здоровья, не зависят ни от наличия ресурсов, ни от процесса поэтапной его реализации, но имеют прямые действия, например, обязательство избегать дискриминации де-юре и де-факто;
- признание того факта, что право на охрану здоровья включает свободы (например, свободу от принудительного лечения и принудительного участия в клинических испытаниях) и льготы (например, право на медицинский уход и охрану здоровья). В большинстве случаев свободы не связаны с последствиями для бюджета, а льготы — связаны;
- все услуги, товары и учреждения здравоохранения должны быть в наличии, доступны, приемлемы и высокого качества. Этот механизм вкратце рассматривается применительно к лекарствам в пунктах 47–51 ниже;

- государства обязаны уважать, защищать и осуществлять право на наивысший достижимый уровень здоровья. Соответствующие положения в приложении к медикаментам вкратце излагаются в пунктах 59–60 ниже;
- в силу своей чрезвычайной важности принципы анализа требуют уделения особого внимания вопросам недискриминации, равенства и уязвимости;
- участие: право на здоровье предполагает наличие возможности активного и осознанного участия отдельных лиц и общин в процессе принятия решений в области здравоохранения, затрагивающих их интересы;
- международная помощь и сотрудничество: развивающиеся страны несут ответственность за мобилизацию международной помощи и сотрудничество, а развитые государства в некоторой степени — за реализацию права на охрану здоровья в развивающихся странах; и
- контроль и подотчетность: право на здоровье предполагает наличие эффективных, прозрачных и доступных механизмов контроля и подотчетности, имеющихся на национальном и международном уровнях.

46. В качестве иллюстрации в настоящей главе кратко излагаются элементы этих принципов анализа и их приложение к обеспечению доступа к медикаментам.

А. Обязанности государств

Обеспечение наличия, доступности, приемлемости в культурном отношении и высокого качества лекарств³⁸

47. Государства должны делать все возможное для обеспечения в пределах их юрисдикции наличия в достаточном количестве имеющихся медикаментов. Например, им, возможно, необходимо будет использовать гибкие возможности Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС) путем принятия и применения законов об обязательном лицензировании, тем самым обеспечивая поступления лекарств в необходимом количестве на находящиеся под их юрисдикцией территории. Кроме того, как свидетельствуют имеющиеся данные, научные исследования и разработки не обеспечили удовлетворения приоритетных потребностей развивающихся стран в области здравоохранения. Таким образом, в рамках международной помощи и сотрудничества государства должны принимать эффективные меры к поощрению разработки и обеспечения новых лекарств, вакцин и средств диагностики всех заболеваний, которые становятся тяжелым бременем для развивающихся стран³⁹. Государствам следует прибегать к различным экономическим, финансовым и коммерческим стимулам, с тем чтобы направлять научные исследования и разработки на удовлетворение конкретных потребностей в области здравоохранения.

48. Короче говоря, государства не только обязаны обеспечивать наличие имеющихся медикаментов на своих территориях, но и нести ответственность за принятие разумных мер по обеспечению разработки и предложения остро необходимых новых лекарств.

49. Лекарства должны быть не только в наличии, но и быть доступными. Доступность характеризуется четырьмя аспектами. Во-первых, лекарства должны быть доступны во всех районах страны, например, в отдаленных сельских районах, а также в городских центрах. Это имеет большое значение для разработки систем лекарственного снабжения, включая программы информационно-пропагандистской деятельности. Во-вторых, лекарства должны быть экономически доступны (т.е. продаваться по доступным ценам) для всех, включая тех, кто живет в нищете. Это имеет серьезные последствия для механизмов финансирования разработки лекарственных средств и ценообразования. Это также может означать, что государствам придется пересмотреть схему импортных пошлин и других налогов на лекарственные средства, если из-за них они становятся недоступными для малообеспеченных слоев населения. В-третьих, лекарства должны быть доступны без дискриминации по какому-либо запрещенному признаку, например, пола, расовой и этнической принадлежности и социально-экономического статуса. Как это обсуждается в следующем разделе, принцип недискриминации может потребовать от государств принятия мер по обеспечению справедливого доступа для всех отдельных лиц и групп, например, находящихся в неблагоприятном положении меньшинств. В-четвертых, надежная информация о лекарствах должна быть доступна пациентам и медработникам, с тем чтобы они могли принимать осознанные решения и использовать лекарственные средства без вреда для здоровья.

50. Помимо наличия и доступности медикаменты и связанные с ними принадлежности должны быть приемлемыми в культурном отношении и учитывающими аспекты медицинской этики. Например, принимаемые на национальном уровне меры должны поддерживать надлежащее использование традиционной медицины и ее включение в системы здравоохранения, а клинические испытания должны проводиться с осознанного согласия участников исследований.

51. Лекарства также должны быть хорошего качества. Если лекарства запрещены к использованию на Севере по причине истечения срока годности и опасности для здоровья, они не должны поступать на Юг. Поскольку лекарства могут быть поддельными или испорченными, государства должны создать систему регулирования для контроля безопасности и качества медикаментов.

Борьба с дискриминацией, неравенством и уязвимостью

52. Необходимо разработать национальную политику в отношении медикаментов в целях обеспечения доступа уязвимых отдельных лиц и находящихся в неблагоприятном положении групп, включая женщин и девочек, этнические меньшинства и коренное население, живущих в нищете людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, внутренне перемещенных лиц, престарелых, инвалидов, заключенных и других лиц.

53. Эта озабоченность вопросами уязвимости и неравноправия вытекает из двух наиболее важных принципов международных норм в области прав человека: недискриминации и равенства. Более того, эти неразрывно связанные между собой принципы не всегда требуют равного к себе отношения; напротив, иногда они требуют от государства принятия мер в интересах находящихся в неблагоприятном положении отдельных лиц и общин. Хотя принципы недискриминации и равенства тесно связаны с этической концепцией справедливо-

сти, они имеют то преимущество, что их дополняют механизмы соблюдения законности и отчетности.

54. Что касается доступа к лекарствам, то здесь с точки зрения недискриминации и равенства следует принять ряд мер. Например, государство обязано создать национальную систему поставок лекарств, включающую программы, конкретно разработанные в целях охвата уязвимых и находящихся в неблагоприятном положении лиц. Оно также должно учитывать культурные, социальные и политические факторы, затрудняющие доступ уязвимых групп к медицинскому обслуживанию в целом и лекарствам в частности. Необходимо добиться максимальной дезагрегации данных в интересах выявления уязвимых групп и контроля за ходом обеспечения им равноправного доступа к медикаментам (см. E/CN.4/2006/48, начиная с пункта 62).

В том, что касается лекарств, каким образом следует измерять и контролировать процесс поэтапной реализации этого права? Что представляют собой обязательства прямого действия?

55. Право на наивысший достижимый уровень здоровья — и тем самым доступ к лекарствам — зависит от процесса поэтапной реализации и наличия ресурсов в соответствии с пунктом 1 статьи 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Проще говоря, процесс поэтапной реализации означает, что государство должно действовать сегодня более эффективно, чем пять лет назад, а критерий наличия ресурсов означает, что к развитому государству предъявляются более высокие требования, чем к развивающемуся государству.

56. Все это имеет ряд важных последствий. Например, государства нуждаются в соответствующих показателях и контрольных критериях, с тем чтобы знать, обеспечивают ли они поэтапную реализацию права на охрану здоровья (см. основанный на правах человека подход, изложенный в документе E/CN.4/2006/48). Однако с этим связана также одна важная оговорка: право на охрану здоровья включает некоторые основные обязательства прямого действия, без которых это право будет в значительной мере лишено своего смысла⁴⁰. Например, государства несут прямую ответственность за недопущение дискриминации, а также за обеспечение наличия и доступности некоторых фармацевтических препаратов, называемых «основными лекарственными средствами», в пределах их юрисдикции⁴¹. Эти основные обязательства прямого действия не относятся к категории обязательств для поэтапной реализации.

57. Руководствуясь типовым перечнем основных лекарственных средств ВОЗ (2005 год), государства должны подготовить национальный перечень основных лекарственных средств на основе открытого для всех участников процесса. Если то или иное государство отказывается подготовить свой собственный национальный перечень основных лекарственных средств, тогда применяется типовой перечень ВОЗ, в который могут вноситься любые необходимые контекстуальные поправки. На государство возлагается основная обязанность прямого действия, не подлежащая поэтапной реализации, — обеспечивать наличие и доступность в пределах его юрисдикции основных лекарств, включенных в его национальный перечень⁴².

58. Резюмируя сказанное, можно утверждать, что право на охрану здоровья включает доступ к неосновным и основным лекарствам. Хотя государство

должно обеспечивать поэтапно доступ к неосновным медикаментам, его основная обязанность прямого действия состоит в обеспечении наличия и доступности основных лекарств в пределах его юрисдикции. В настоящей главе рассматриваются неосновные и основные лекарственные средства.

Обязанности в плане соблюдения, защиты и осуществления

59. Государства обязаны уважать, защищать и осуществлять право на наивысший достижимый уровень здоровья⁴³. Например, *обязанность уважать* обязывает государство обеспечивать, чтобы в рамках проводимой им политики в отношении лекарств не допускалась дискриминация в отношении женщин, этнических меньшинств или других находящихся в неблагоприятном положении групп. *Обязанность защищать* требует, чтобы государство обеспечивало, чтобы третьи стороны не создавали препятствий для осуществления права на охрану здоровья, например, государство должно обеспечивать, чтобы приватизация в секторе здравоохранения способствовала, а не затрудняла реализацию права на охрану здоровья. *Обязанность исполнять* требует, чтобы государство обеспечивало живущих в нищете лиц, основными медикаментами, если они в противном случае не смогут получить к ним доступ.

60. Иными словами, если государство может передать по контракту частной компании функции по оказанию услуг в области здравоохранения, оно не может передать по такому контракту свои обязанности в отношении права на охрану здоровья. Государство всегда сохраняет остаточную ответственность за надлежащее регулирование своих систем здравоохранения и лекарственного снабжения, а также за благосостояние находящихся в его юрисдикции наименее обеспеченных групп населения.

Участие в разработке политики в области здравоохранения

61. Активное и осознанное участие отдельных лиц и общин в разработке политики в области здравоохранения, которая их затрагивает, является важным аспектом права на наивысший достижимый уровень здоровья. В большинстве случаев местная община будет хорошо знать свои приоритетные потребности в области здравоохранения; она имеет право участвовать в определении приоритетов и целей, с учетом которых проводится обсуждение технических вопросов, лежащих в основе разработки политики, которая будет затрагивать ее членов.

62. При разработке своей национальной политики и программ в области лекарственного снабжения государство обязано предпринимать шаги по обеспечению активного и осознанного участия всех, кого они затрагивают, — не только ассоциаций специалистов и университетов, но и сельских общин, неправительственных организаций, ассоциаций пациентов и потребителей, а также представителей групп, находящихся в неблагоприятном положении.

Международная помощь и сотрудничество в области здравоохранения

63. Основная ответственность за осуществление права на охрану здоровья лежит на национальных властях соответствующего государства. Вместе с тем государства обязаны предпринимать шаги в индивидуальном порядке и с привлечением международной помощи и сотрудничества обеспечивать полномасштабную реализацию различных прав, включая право на охрану здоровья. В

ряде своих других докладов Специальный докладчик рассмотрел ответственность тех государств, которые в состоянии оказывать помощь и участвовать в обеспечении международной помощи и сотрудничества (см. A/60/348).

64. В контексте лекарственного обеспечения эта обязанность означает, что никакое богатое государство не должно поощрять ту или иную развивающуюся страну к признанию стандартов в области интеллектуальной собственности, которые не учитывают гарантий и гибких условий, предусмотренных в соответствии с Соглашением по ТРИПС⁴⁴. Иными словами, развитые государства не должны поощрять ту или иную развивающуюся страну к принятию стандартов «ТРИПС-плюс» в любом двустороннем или многостороннем торговом соглашении. Им следует оказывать развивающимся странам помощь в создании эффективных, комплексных и недискриминационных систем здравоохранения, включающих надежные системы лекарственного снабжения всего населения качественными и недорогостоящими лекарствами, и поддерживать научные исследования и разработки, нацеленные на удовлетворение приоритетных потребностей развивающихся стран в области здравоохранения (см. также пункт 48).

Контроль и подотчетность

65. Право на охрану здоровья связано с важнейшей потребностью создания доступных, прозрачных и эффективных механизмов контроля и подотчетности. Те, на кого возложены обязанности по обеспечению права на охрану здоровья, должны отчитываться за исполнение своих обязанностей, с тем чтобы получить представление об успехах и трудностях и затем внести необходимые коррективы в политику и другие направления деятельности. Существует множество различных форм механизмов контроля и подотчетности. Государство будет решать, какие механизмы являются наиболее приемлемыми в каждом конкретном случае, однако все механизмы должны быть эффективными, доступными и прозрачными.

66. Национальная политика в области лекарственного снабжения должна надлежащим образом контролироваться и проверяться. Для этого необходимо, чтобы в данной политике были сформулированы: обязанности государства по обеспечению права на охрану здоровья в отношении медикаментов; план исполнения, в котором были бы определены задачи, сроки, ответственные лица и их обязанности, показатели, контрольные параметры и процедуры отчетности. Время от времени соответствующий национальный орган (например, омбудсмен по вопросам здравоохранения) должен будет рассмотреть то, в какой степени структуры, ответственные за осуществление национальной политики в отношении медикаментов, выполнили свои обязанности, — не в целях применения санкций и наказания, но в целях определения, какие стратегии и учреждения работают, а какие не работают, с тем чтобы повысить эффективность реализации права на всеобщее лекарственное снабжение.

Отбор конкретных и практических вопросов, касающихся доступа к лекарствам

67. Обеспечение всеобщего доступа к лекарствам связано с широким кругом конкретных, практических и важных вопросов. В качестве иллюстрации в на-

стоящем разделе коротко рассматриваются четыре из этих вопросов, с учетом принципов анализа, упомянутых в предыдущих пунктах.

Надежная система снабжения качественными и доступными медикаментами

68. Независимо от того, отдаст ли предпочтение то или иное государство системе поставок, которая является государственной, частной или смешанной, оно обязано по закону обеспечить надежную, эффективную и прозрачную систему снабжения качественными и недорогостоящими лекарствами в пределах его юрисдикции. Система снабжения должна учитывать текущие потребности, разумно использовать денежные средства, сводить к минимуму потери и не допускать коррупции (дополнительную информацию о коррупции см. в пунктах 78–80). Самое главное — чтобы она была разработана таким образом, чтобы быть способной обслуживать живущих в нищете и изолированные общины, а также состоятельные слои городской элиты.

69. Разумеется, выполнение этой обязанности зависит от ресурсов, имеющихся в наличии в той или иной конкретной стране: Канада обязана обеспечивать более широкий доступ к более широкому ассортименту лекарств, чем Чад. Тем не менее обязательства как развитых, так и развивающихся государств подлежат поэтапной реализации: в течение пятилетнего периода все государства обязаны обеспечить более широкий доступ к более широкому ассортименту лекарств, чем это обеспечивается сегодня.

70. В целях измерения хода поэтапной реализации (или ее отсутствия) государства должны разработать дезагрегированные показатели и контрольные параметры для надежной и эффективной системы лекарственного снабжения⁴⁵. Эти показатели должны отражать аспекты прав человека, например то, в какой степени данная система обеспечивает равный доступ для уязвимых групп (отсюда потребность в дезагрегированных показателях) и эффективные механизмы контроля и подотчетности.

Качество лекарств

71. Международные стандарты в области прав человека ясны: государство по закону имеет обязанность обеспечивать наличие качественных лекарств в пределах его юрисдикции. Таким образом, требуется эффективное нормативное регулирование лекарственного снабжения для обеспечения безопасности, эффективности и качества лекарств, имеющихся как в государственном, так и в частном секторах, а также точности и соответствия информации о лекарствах, имеющейся у медработников и широкой общественности.

72. В то время как безопасность и качество медикаментов являются определенной проблемой во многих развитых и развивающихся государствах, масштабы этой проблемы являются значительно более значительными в развивающихся странах, в которых низкокачественные лекарства могут быть единственными препаратами, доступными для малообеспеченных групп населения. Согласно оценкам, недавно полученным ВОЗ, 50–90 процентов образцов противомаларийных лекарств не прошли проверки на качество, а более половины антиретровирусных средств оказались не соответствующими международным стандартам. Продажа поддельных и не соответствующих стандартам лекарств остается глобальной проблемой.

73. Одна треть государств не имеет органа по регулированию лекарственного снабжения или необходимого потенциала для регулирования рынка лекарств. Отсутствие такого органа явно противоречит праву на наивысший достижимый уровень здоровья. В соответствии с возложенными на развитые государства обязанностями в области прав человека, связанными с оказанием международной помощи и обеспечением сотрудничества, они должны оказывать активную помощь развивающимся странам в деле создания надлежащих органов регулирования лекарственного снабжения.

Финансирование закупок лекарств

74. Доступность лекарств зависит от множества факторов, включая финансирование (например, каким образом они оплачиваются) и ценообразование. Существуют различные пути покрытия расходов на лекарства, в том числе за счет средств систем государственного или частного страхования здоровья, взносов пациентов, пожертвований, ссуд и т.п. Это сложные вопросы, и в данном случае Специальный докладчик ограничивается одним замечанием. Независимо от того, какой механизм финансирования выбран, государство обязано в интересах соблюдения прав человека обеспечить, чтобы медикаменты были экономически доступны (т.е. приемлемы по цене) для всего населения.

75. Во многих странах с высоким уровнем дохода более 70 процентов лекарств финансируется за счет государства, в то время как в странах с низким и средним уровнем дохода государственные расходы не покрывают потребностей основной части населения в основных лекарствах. В этих странах пациенты сами покрывают 50–90 процентов их стоимости. Там, где расходы на лекарства покрываются из семейного бюджета, это ведет к дальнейшему обнищанию и без того малообеспеченных групп населения и создает трудности в плане обеспечения справедливого доступа к лекарствам.

76. В развитых странах стоимость курса лечения антибиотиками пневмонии равна в эквиваленте заработку за два или три часа; в развивающихся же странах такой курс обойдется в одну месячную зарплату. В развитых странах годичный курс лечения ВИЧ может составить сумму, эквивалентную заработной плате за 4–6 месяцев, и в большинстве случаев будет покрываться за счет медицинской страховки; во многих развивающихся странах для покрытия расходов на годичный курс лечения детей от ВИЧ может потребоваться сумма, равноценная доходам взрослого человека за 10 лет. Столь явное неравенство является глубоко аморальным и подчеркивает важное значение ответственности развитых государств за обеспечение международной помощи и сотрудничества.

77. Для целей же настоящего документа главное состоит в том, что в развитых странах расходы на основную часть лекарств оплачиваются государством, в то время как в развивающихся странах большинство домашних хозяйств покупает необходимые медикаменты за деньги из своего собственного кармана. В развивающихся странах отсутствие надлежащего государственного финансирования сектора здравоохранения сокращает доступность медикаментов, в особенности для малообеспеченных групп населения.

Коррупция

78. В некоторых системах лекарственного снабжения коррупция носит эндемический характер. Производимая продукция используется не по назначению; для прохождения таможенной очистки требуется уплата неофициальной «пошлины»; допускается распространение поддельных лекарств и т.п. Коррупция может быть смертельно опасна. Как выразилась Дора Акуниили, руководитель Управления Нигерии по продовольствию и медикаментам, «подделка лекарств, чему способствует коррупция, приводит к многочисленным жертвам, в числе которых может оказаться любой человек»⁴⁶.

79. Группы населения, проживающие в условиях нищеты, в особой мере подвержены последствиям коррупции в секторе здравоохранения, поскольку они располагают меньшими возможностями предлагать небольшие взятки за услуги, которые должны быть бесплатными, или платить за частные услуги в условиях, когда коррупция привела к сокращению государственных услуг в области здравоохранения.

80. Право на охрану здоровья включает участие, доступ к информации, транспарентность, контроль и подотчетность. Все эти характеристики позволяют создать условия, в которых коррупции не может быть места. Короче говоря, политика по реализации права на охрану здоровья является также политикой по борьбе с коррупцией. Таким образом, осуществление права на охрану здоровья может способствовать сокращению коррупции в системах здравоохранения в целом, а также в системах лекарственного снабжения в частности.

Заключение

81. Как упоминалось в пункте 42 выше, Специальный докладчик в рамках консультативного процесса в настоящее время готовит руководящие принципы для государств и фармацевтических компаний, касающиеся доступа к лекарствам. Вместе с тем он хотел бы подчеркнуть принципиальное значение того, чтобы все государства располагали отвечающей современным требованиям национальной политикой в области снабжения лекарствами и подробным планом ее реализации. Соответствующий директивный документ должен включать национальный перечень основных лекарств. На рубеже прошлого и нынешнего веков почти 100 государств не имели национальной лекарственной политики⁴⁷. У двух третей государств, в которых осуществлялась такая политика, не было плана ее реализации⁴⁸. Специальный докладчик не понимает, каким образом то или иное государство может выполнять свои обязательства по осуществлению права на охрану здоровья, если у него нет отвечающей современным требованиям соответствующей национальной политики в области лекарственного снабжения, плана ее реализации и перечня основных лекарственных средств, разработанного в рамках открытого для всех участников процесса. В связи с этим он настоятельно призывает государства уделять пристальное внимание заслуживающей похвалы деятельности ВОЗ по обеспечению доступа к лекарствам, включая ее стратегию, осуществляемую на национальном уровне, документ «Лекарственная стратегия, страны в центре внимания» (2004–2007 годы).

В. Обязанности фармацевтических компаний

82. В предыдущем разделе особое внимание уделялось главной ответственности государств за расширение доступа к лекарствам. Это, разумеется, является общей обязанностью. В деле расширения доступа к медикаментам незаменимую роль призваны сыграть многочисленные национальные и международные участники. В сформулированных в Декларации тысячелетия целях в области развития признается, что фармацевтические компании относятся к числу тех, кто несет за это ответственность. Цель 8, «Формирование глобального партнерства в целях развития», имеет ряд задач, не последняя из числа которых состоит в том, чтобы: «*в сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечивать доступность недорогих основных лекарств в развивающихся странах*» (выделено автором).

83. В прошлом году в директивном документе правительства Великобритании, посвященном вопросам доступа к лекарствам, по этому поводу были высказаны следующие соображения: «Ответственность за расширение доступа к основным лекарствам лежит на всем международном сообществе. Прогресс зависит от работы каждого в партнерстве друг с другом по созданию систем здравоохранения в развивающихся странах, увеличению объема финансовых средств, снижению стоимости лекарств и увеличению количества новых лекарств, разрабатываемых для лечения заболеваний, характерных для развивающихся стран»⁴⁹. Важно отметить, что в этом документе далее отмечалось: «В этом контексте особая роль принадлежит фармацевтическим компаниям. В качестве производителей имеющихся и разработчиков новых лекарств они могут изменить положение — и изменяют его — в своей области». Далее в этом документе излагаются многообещающие «принципы эффективной работы в фармацевтической промышленности».

84. Еще до того, как Специальный докладчик был назначен на эту должность в 2002 году, многие говорили ему о глубоком воздействии фармацевтического сектора на осуществление права на наивысший достижимый уровень здоровья. Это нашло свое убедительное подтверждение в ходе проводимых им поездок в страны с низким и средним уровнем дохода. Государства и другие структуры критиковали фармацевтический сектор за слишком высокие цены, хаотическое распределение лекарств, несбалансированные научные исследования и разработки, лоббирование стандартов ТРИПС-плюс, некоррективную рекламу лекарств, спорные клинические испытания и другие практические меры, которые рассматриваются как мешающие государствам осуществлять свои обязанности по обеспечению права на охрану здоровья⁵⁰. Вместе с тем государства и другие стороны также дали позитивную оценку значительного прогресса, достигнутого в последние годы, например в деле широкого распространения дифференциального ценообразования, предсказуемых и устойчивых пожертвований в виде лекарств и новой приверженности проведению научных исследований и разработок в отношении заболеваний, которым не уделялось должного внимания⁵¹.

85. В соответствии с его мандатом к Специальному докладчику обращается, в частности, просьба наладить регулярный диалог и обсудить возможные области сотрудничества со всеми соответствующими участниками; представить доклад об эффективной практике работы, наиболее благоприятной для осуществления права на наивысший достижимый уровень здоровья, а также о препятствиях, возникающих на национальном и международном уровнях в деле его осу-

ществления; и поддержать предпринимаемые государствами усилия путем выработки рекомендаций.

86. В рамках своего мандата в течение прошедших лет Специальный докладчик принимал участие в ряде дискуссий по вопросу о доступе к лекарствам со многими сторонами, включая фармацевтические компании. Большинство совещаний с фармацевтическими компаниями было организовано по линии кампании «Осуществление прав: инициатива в поддержку этической глобализации» дополнительно к международному симпозиуму, организованному Фондом Новартис для устойчивого развития⁵². Состоявшиеся дискуссии имели содержательный и конструктивный характер. Они были проведены с учетом работы по линии «Глобального договора», Инициативы лидеров делового мира в поддержку прав человека (ИЛДПЧ), УВКПЧ, государств, ВОЗ и других подразделений системы Организации Объединенных Наций, фармацевтических компаний, организаций гражданского общества и других структур. В рамках этих дискуссий был учтен обширный опыт и литература о корпоративной ответственности, публикация которой в последние годы заметно выросла. Они рассмотрели эффективные и негативные методы работы. В ходе проведения этих дискуссий, как правило, подтверждалось, что все большее число фармацевтических компаний осознает тот вклад, который они могут внести в осуществление права на наивысший достижимый уровень здоровья, а также те выгоды, которые такой подход может обеспечить для их предпринимательской деятельности.

87. В ходе проведения этих широких дискуссий Специальный докладчик охарактеризовал право на наивысший достижимый уровень здоровья и подчеркнул совместимость корпоративной ответственности, эффективной практики работы и права на охрану здоровья. Он попытался объяснить принципы анализа права на охрану здоровья (изложенные в пункте 45 и последующих пунктах). Хотя эти принципы предназначаются в первую очередь для государств, их применение может способствовать определению мероприятий в области политики, которые та или иная фармацевтическая компания может и должна предпринимать в целях расширения доступа к лекарствам. Специальный докладчик попытался развеять некоторые ошибочные представления о праве на охрану здоровья, объяснив, например, что его можно поощрять и защищать без обращения в суды, путем разработки надлежащей политики. Дав позитивную оценку выдвинутым некоторыми компаниями инициатив в отношении самоотчетности в плане корпоративной ответственности, он отметил, что они еще не соответствуют механизмам самостоятельной отчетности, существование которых предполагается практикой защиты прав человека. (Некоторые независимые механизмы отчетности носят внесудебный характер, например, омбудсмен по вопросам здравоохранения.)

88. Хотя ряд фармацевтических компаний представляет отчеты о своей корпоративной принадлежности или корпоративной ответственности, лишь немногие из них в своих заявлениях о своей корпоративной миссии представляют конкретные ссылки на права человека в целом и право на охрану здоровья в частности. Как представляется, еще меньшее число этих компаний провело тщательный анализ проводимой ими политики через призму права на наивысший достижимый уровень здоровья. Это — упущенная возможность, поскольку для всех фармацевтических компаний, как крупных, так и мелких, как исследовательских, так и общего профиля, независимо от того, обеспечивают ли

они глобальный охват, будет целесообразно выработать учитывающий права человека подход к своей деятельности, как это изложено в прекрасной совместной публикации «Глобального договора», ИЛДПЧ и УВКПЧ⁵³.

89. В последние годы произошло углубление понимания экономических, социальных и культурных прав. Для сохранения этой тенденции необходимо перейти от общего обсуждения экономических, социальных и культурных прав к рассмотрению конкретных прав в связи с конкретными секторами, участниками и вопросами. Это — тот вопрос, который уже охвачен в связи с деятельностью фармацевтических компаний и правом на охрану здоровья. В настоящее время общие заявления относительно фармацевтических компаний и экономических, социальных и культурных прав обеспечивают необходимую основу для более подробного изучения конкретных вопросов права на охрану здоровья, возникающих в фармацевтическом секторе. Короче говоря, настало время обеспечить дальнейшее изучение ответственности фармацевтических компаний за обеспечение права на охрану здоровья, которая была признана в общем плане Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам в его общем замечании 14, пункт 42.

90. По этой причине Специальный докладчик приступил к подготовке проекта руководящих принципов для государств и фармацевтических компаний в отношении доступа к лекарствам. В проекте руководящих принципов деятельности фармацевтических компаний рассматриваются такие конкретные вопросы, как дифференцированное ценообразование, пожертвования и исследования и разработки в области недостаточно изученных заболеваний, партнерские связи между государственным и частным секторами, реклама лекарств, клинические исследования и коррупция. Препровождаемые вместе с концептуальной запиской, они были подготовлены с учетом принципов анализа права на охрану здоровья, а также ряда исследований и докладов⁵⁴. Как было отмечено Специальным представителем Генерального секретаря по вопросу о правах человека и транснациональных корпорациях и других предприятиях, «необходимо концептуально уточнить соответствующие обязанности государств и корпораций ... При этом следует помнить, что компании вынуждены учитывать не только правовые стандарты, но и социальные нормы и этические требования» (E/CN.4/2006/97, пункт 70).

91. Учитывая то, каким образом Специальный докладчик понимает право на наивысший достижимый уровень здоровья, проект руководящих принципов представляет собой скромный, конструктивный, практический, нацеленный на конкретный сектор вклад в осуществление этого сложного и долговременного процесса. Специальный докладчик вновь любезно предлагает всем сторонам представить свои замечания по данному проекту⁵⁵.

Заключение

92. В настоящее время складывается консенсус, в соответствии с которым предприятия, как и все структуры общества, несут определенные правовые и этические обязанности в отношении соблюдения прав человека. В соответствии с положениями, содержащимися в преамбуле Всеобщей декларации прав человека, определенные обязанности в отношении прав человека возлагаются на «каждый орган общества», включая и предприятия⁵⁶. «Глобальный договор Организации Объединенных Наций», вклю-

чающий более 2300 участвующих компаний, подтверждает, что предприятия должны поддерживать и обеспечивать защиту международных норм в области прав человека⁵⁷. В соответствии с Руководящими принципами Организации экономического сотрудничества и развития для многонациональных предприятий предприятия должны «уважать права человека тех, кто затронут их деятельностью, в соответствии с обязанностями и обязательствами правительства принимающей страны»⁵⁸. Отмечая, что проект норм, касающихся обязанностей транснациональных корпораций и других предприятий в отношении прав человека, не имеет юридической силы, Комиссия по правам человека установила, что эти нормы содержат «полезные элементы и идеи»⁵⁹. Некоторые национальные суды признали последствия политики фармацевтических компаний в области ценообразования для прав человека пациентов⁶⁰. Что еще более важно, некоторые компании подготовили свои собственные руководящие принципы и другие заявления, в которых открыто подтверждают имеющиеся у них обязанности в отношении прав человека⁶¹.

93. Сегодня к числу ключевых вопросов относятся, во-первых, уточнение масштабов и содержания этих обязанностей в отношении прав человека и, во-вторых, определение того, какие из них имеют юридический, а какие — этический характер. Проект руководящих принципов Специального докладчика является скромной попыткой уделить особое внимание первому из этих вопросов в конкретном контексте деятельности фармацевтических компаний. Что касается второго вопроса, то, по мнению Специального докладчика, представляется немыслимым, что предприятия не несут правовой ответственности за соблюдение некоторых прав человека⁶².

IV. Выводы

94. Благодаря деятельности многочисленных организаций и отдельных лиц содержание права на наивысший достижимый уровень здоровья становится все более ясным. В 2000 году Комитет по экономическим, социальным и культурным правам разработал общие принципы, которые раскрывают содержание права на охрану здоровья в плане свобод и льгот; медицинского ухода и лежащих в его основе детерминантов охраны здоровья; недискриминации; участия; а также контроля и подотчетности⁶³. Во многих своих докладах Специальный докладчик применял эти принципы *общего характера* применительно к широкому кругу *конкретных* вопросов здравоохранения. Поступая таким образом, он пытался доработать и уточнить эти принципы. В настоящем докладе он впервые применяет эти принципы по отношению к материнской смертности и лекарствам, которые являются двумя вопросами охраны здоровья, охваченными сформулированными в Декларации тысячелетия целями в области развития.

95. Право на охрану здоровья позволяет внести по ряду направлений важный вклад в борьбу с материнской смертностью и расширение доступа к медикаментам. Оно способствует углублению анализа причин, а также обязанностей различных участников. Политика, разрабатываемая с учетом права на охрану здоровья, скорее всего будет более справедливой, преемственной и эффективной. Этот вклад уже признается в контексте некоторых стратегий и программ по обеспечению охраны здоровья матерей. Что касается разработки политики в отношении лекарств, то здесь также наблюдается рост признания позитивного

вклада, который может быть сделан в результате учета права на наивысший достижимый уровень здоровья.

96. Помимо этого, накопленный опыт подтверждает, что традиционные методы защиты прав человека, включая предание гласности личности и публичное осуждение нарушителей прав и судебные иски, по-прежнему будут играть незаменимую роль в реализации различных элементов права на охрану здоровья, не в последнюю очередь — в обеспечении доступа к лекарствам.

Примечания

- ¹ UNFPA website, <http://www.unfpa.org/mothers/statistics.htm>.
- ² *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*, Millennium Project, Task Force on Child Health and Maternal Health, 2005.
- ³ См., например, Wirth, M. et al, "Setting the Stage for Equity-sensitive Monitoring of the Maternal and Child Health MDGs", 84(7) *WHO Bulletin*, July 2006.
- ⁴ Проект тысячелетия, *op. cit.*, примечание 3.
- ⁵ *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, WHO, 2004.
- ⁶ Wagstaff, A., and Claeson, M., *The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges*, World Bank, 2004.
- ⁷ Статистические данные ЮНИСЕФ, 2003 год, представленные в Bernstein, S., *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the MDGs*, Millennium Project, 2006.
- ⁸ См. Yamin, A., Maine, D., "Maternal mortality as a human rights issue: measuring compliance with international treaty obligations", 21(3) *Human Rights Quarterly*, 1999.
- ⁹ *World health report 2005: making every mother and child count*, WHO, 2005.
- ¹⁰ E.g., Cook, R., Dickens, B., et al, *Advancing Safe Motherhood Through Human Rights*, WHO, 2001; *International policy on sexual and reproductive health and rights*, Swedish International Development Cooperation Agency, 2006; Freedman, L., "Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary", 82 *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2003; Yamin, A., Maine, D., *op. cit.*
- ¹¹ См. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП), статьи 10 и 12; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 14.
- ¹² См. Комитет по экономическим, социальным и культурным вопросам (КЭСКВ), общее замечание 14, пункты 14, 21; Комитет по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, общее замечание 24, пункт 27; МКНР, пункт 8.25.
- ¹³ Freedman, L., "Achieving the MDGs: health systems as core social institutions", *Development*, 2005; *World Health Report 2005*, WHO.
- ¹⁴ Проект тысячелетия, *op. cit.*, примечание 3.
- ¹⁵ КЭСКВ, общее замечание 14, пункт 12.
- ¹⁶ Проект тысячелетия, *op. cit.*, примечание 3.
- ¹⁷ КЭСКВ, общее замечание 14, пункт 12.
- ¹⁸ Проект тысячелетия, *op. cit.*, примечание 3.
- ¹⁹ КЭСКВ, общее замечание 14, пункт 12.

- ²⁰ КЭСКВ, общее замечание 14, пункт 12.
- ²¹ МПЭСКП, статья 2.
- ²² Там же, пункт 1.
- ²³ Maine, D., *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Columbia University, 1991.
- ²⁴ См. Проект тысячелетия, *op. cit.*, примечание 3.
- ²⁵ Резолюция 55/2 Генеральной Ассамблеи, пункт 19 Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций.
- ²⁶ См., например, Международную конференцию по народонаселению и развитию (1994 год) и четвертую Всемирную конференцию по положению женщин (1995 год); Инициативу в области безопасного материнства, разработанную в 1987 году, и Партнерство в интересах безопасного материнства и здоровья новорожденных, созданное в 2004 году.
- ²⁷ Итоговый документ Всемирной встречи на высшем уровне, 2005 год (A/60/L.1, пункт 57). Полностью обсуждение вопросов сексуального и репродуктивного здоровья и сформулированных в Декларации тысячелетия целей в области развития см. в Bernstein, S., *op. cit.*, note 8.
- ²⁸ Freedman, L., "Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary", 82 *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2003.
- ²⁹ Некоторые правозащитные организации начинают уделять особое внимание проблемам материнской смертности, например, *Maternal mortality in Herat province, Afghanistan: the need to protect women's rights*, Physicians for Human Rights, 2002; *Perú: Mujeres pobres y excluidas: la negación del derecho a la salud materno-infantil*, Amnesty International, 2006.
- ³⁰ *WHO Medicines Strategy: Countries at the Core, 2004-2007*, WHO, 2004. Менее одной четверти всех больных СПИДом в Африке и менее одной десятой части детей, больных СПИДом, получают необходимые антиретровирусные препараты согласно статистическим данным ВОЗ, представленным на XVI Международной конференции по СПИДу, Торонто, 2006 год.
- ³¹ Некоторые положения этой главы основаны на Монреальском заявлении о праве человека на основные медикаменты (2005 год), см. Marks, S. (ed.), *Health and Human Rights: Basic International Documents*, 2006.
- ³² *Increasing access to essential medicines in the developing world*, DFID, 2004.
- ³³ *The World Medicines Situation*, WHO, 2004.
- ³⁴ Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, задача 17 цели 8.
- ³⁵ См. статью 12(2)(c) и (d), МПЭСКП.
- ³⁶ Замечательное резюме соответствующей национальной юриспруденции, см. в Hogerzeil, H. et al., "Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts?", *Lancet*, 2006. См. также резолюции Комиссии 2005/23, 2004/26 и 2003/29.
- ³⁷ Замечания можно направлять Группе по праву на охрану здоровья, Центр по правам человека, Эссекский университет, по адресу: rthu@essex.ac.uk.
- ³⁸ См. МПЭСКП, общее замечание 14, пункт 12.
- ³⁹ Информацию об этом праве на охрану здоровья в контексте неизученных заболеваний Уганды см. в докладе Специального докладчика E/CN.4/2006/48/Add.2, в особенности начиная с пункта 62.
- ⁴⁰ МПЭСКП, общее замечание 3, пункт 10.
- ⁴¹ МПЭСКП, общее замечание 14, пункты 43–44.

- ⁴² МПЭСКОП, общее замечание 14, пункты 12(1) и 43(4).
- ⁴³ МПЭСКОП, общее замечание 14, пункты 34–37.
- ⁴⁴ См., например, доклады Специального докладчика по Всемирной торговой организации (E/CN.4/2004/49/Add.1 начиная с пункта 66) и Перу (CN.4/2005/51/Add.3 начиная с пункта 47).
- ⁴⁵ *WHO Medicines Strategy, 2004–2007*, chapter 4.
- ⁴⁶ *Global Corruption Report*, Transparency International, 2006.
- ⁴⁷ Hogerzeil, H., “Essential medicines and human rights”, *WHO Bulletin*, 2006.
- ⁴⁸ *The World Medicines Situation*, WHO, 2004.
- ⁴⁹ *Increasing people’s access to essential medicines in developing countries*, DFID, 2005.
- ⁵⁰ Часть этой информации была представлена в ходе миссии и подтверждена, например, в Interim Report of Task Force 5 Working Group on Access to Essential Medicines, Millennium Project, 2004, and Cullet, P., “Patents and medicines: the relationship between TRIPS and the human right to health”, *International Affairs*, 2003.
- ⁵¹ On the latter, see Moran, M. and others, “The new landscape of neglected disease drug development”, The Wellcome Trust, 2005.
- ⁵² The right to health: a duty for whom?: International symposium report, Novartis Foundation for Sustainable Development, 2004.
- ⁵³ См. “A guide for integrating human rights into business management”, имеется по адресу: <http://www.blihr.org/>.
- ⁵⁴ E.g. *Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights*, CIPIH, 2006; *Increasing people’s access to essential medicines in developing countries*, DFID, 2005; Leisinger, K., “On Corporate Responsibility and Human Rights”, 2006; *Branding the Cure*, Consumers International, 2006.
- ⁵⁵ Проект имеется по адресу: http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/rapporteur.shtml и комментарии можно направлять по адресу: rthu@essex.ac.uk.
- ⁵⁶ Robinson, M., “The business case for human rights” in *Visions of Ethical Business*, *Financial Times Management* (London, Financial Times Professional, 1998); de Mello, S.V., “Human rights: what role for business?” 2(1) *New Academy Review* (2003).
- ⁵⁷ Дополнительную информацию о «Глобальном договоре» см. по адресу: <http://www.unglobalcompact.org/>.
- ⁵⁸ Руководящие принципы ОЭСР для многонациональных предприятий, 2000 год.
- ⁵⁹ Нормы, касающиеся обязанностей транснациональных корпораций и других предприятий в области прав человека (E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2) (2003 год).
- ⁶⁰ *AIDS Access Foundation and others v. Bristol-Myers Squibb and others*, 2002 (10) BC Tor Por 34/2544.
- ⁶¹ “Novartis Corporate Citizenship Guideline 4 (Human Rights)”, имеется по адресу: www.novartisfoundation.com.
- ⁶² Мнение, соответствующее содержанию промежуточного доклада Специального представителя Генерального секретаря по вопросу о правах человека и транснациональных корпорациях, см., например, E/CN.4/2006/98, пункт 61, последнее предложение. В целом см. Clapham, A., *Human Rights Obligations of Non-State Actors*, 2006.
- ⁶³ МПЭСКОП, общее замечание 14.