



**Конвенция
о правах ребенка**

Distr.: General
17 April 2013
Russian
Original: English

Комитет по правам ребенка

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

* Принято Комитетом на его шестьдесят второй сессии (14 января – 1 февраля 2013 года).

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1–6	3
II. Принципы и условия для реализации права детей на здоровье	7–22	5
A. Неделимость и взаимозависимость прав детей	7	5
B. Право на недискриминацию	8–11	5
C. Наилучшее обеспечение интересов ребенка	12–15	6
D. Право на жизнь, выживание и развитие и определяющие факторы детского здоровья	16–18	7
E. Право ребенка быть заслушанным	19	8
F. Развитие способностей и ход жизни ребенка	20–22	8
III. Нормативное содержание статьи 24	23–70	9
A. Пункт 1 статьи 24	23–31	9
B. Пункт 2 статьи 24	32–70	11
IV. Обязательства и обязанности	71–85	20
A. Обязательства государств-участников по соблюдению, защите и осуществлению данного права	71–74	20
B. Обязанности негосударственных субъектов	75–85	21
V. Международное сотрудничество	86–89	23
VI. Рамки осуществления и подотчетности	90–120	24
A. Поощрение знаний о праве детей на здоровье (статья 42)	93	24
B. Законодательные меры	94–95	24
C. Управление и координация	96–103	25
D. Инвестирование в здоровье детей	104–107	26
E. Цикл действий	108–118	27
F. Средства правовой защиты в случае нарушений прав на здоровье	119–120	30
VII. Распространение информации	121	30

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 24¹. 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 болез-

¹ Пункт 3 статьи 24 не охвачен, поскольку в настоящее время разрабатывается замечание общего порядка о традиционной практике, отрицательно влияющей на здоровье.

ней и физических дефектов². 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 декларации³ и закреплен Всемирной ассамблеей здравоохранения⁴. 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

² Преамбула к Уставу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), который был принят Всемирной конференцией здравоохранения, Нью-Йорк, 22 июля 1946 года.

³ Алма-Атинская декларация, Международная конференция по первичному медико-санитарному обслуживанию, Алма-Ата, 6–12 сентября 1978 года.

⁴ Всемирная ассамблея здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь, включая укрепление систем здравоохранения, документ А62/8.

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.

B. 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 здоровья⁵. 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.

⁵ Замечание общего порядка № 4 (2003 год) о подростковом здоровье и развитии в контексте Конвенции о правах ребенка, *Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, пятьдесят девятая сессия, Дополнение № 41 (A/59/41)*, приложение X, пункт 6.

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, превалируя над экономическими соображениями в тех случаях, когда это осуществимо;
- б) помогать устранению конфликта интересов между родителями и медико-санитарными работниками; и
- в) 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 № 3⁶ 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 здоровья⁷. 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 нормы⁸.

⁶ Замечание общего порядка № 3 (2003 год) по вопросу о ВИЧ/СПИДе и правах ребенка, *Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, пятьдесят девятая сессия, Дополнение № 41 (A/59/41)*, приложение IX.

⁷ Замечание общего порядка № 4 (2003 год) о здоровье и развитии подростков в контексте Конвенции, *Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, пятьдесят девятая сессия, Дополнение № 41 (A/59/41)*, приложение X, п. 10.

⁸ См. замечание общего порядка № 13 (2011 год) о праве ребенка на свободу от любых форм насилия, *Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, шестьдесят седьмая сессия, Дополнение № 41 (A/67/41)*, приложение V.

18. В состав ключевых основополагающих факторов детского здоровья, питания и развития входят реализация права матери на здоровье⁹ 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.

Е. 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 ребенка¹⁰. 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.

Е. 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

⁹ См. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 24 (1999 год) о женщинах и здоровье, *Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, пятьдесят четвертая сессия, Дополнение № 38* (A/54/38/Rev.1), глава I, раздел А.

¹⁰ См. замечание общего порядка № 12 (2009 год) о праве ребенка быть заслушанным, *Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, шестьдесят пятая сессия, Дополнение № 41* (A/65/41), приложение IV.

нации 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. Требуются 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. Рекомендуется 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 здоровья¹¹. 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 предупреждает 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 уровне¹² 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, вклю-

¹¹ The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health* (Geneva, 2011).

¹² Резолюция ВА365.4, принятая на шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 25 мая 2012 года.

чая 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 безопас-

ному продовольствию¹³, 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 здравоохранения¹⁴. Государства должны включать в национальное законодательство, осуществлять и обеспечивать соблюдение согласованных на международном уровне стандартов, касающихся права 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 смертью. Следует ограничить подверженность детей питанию категории "фаст-фуд", которая содержит высокий процент жира, сахара

¹³ См. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 11, и замечание общего порядка Комитета по экономическим, социальным и культурным правам № 12 (1999) о праве на достаточное питание, *Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 2011 год, Добавление № 2* (E/2000/22), приложение V.

¹⁴ См. ВОЗ и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), *Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста* (Женева, 2003 год).

или соли, энергетически насыщенная 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 человека¹⁵. Правительственные учреждения и органы местного самоуправления, отвечающие за снабжение водой и санитарией, 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.

d) 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 и 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 d). "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 пе-

¹⁵ Резолюция Генеральной Ассамблеи 64/292 о правах человека на воду и санитарию.

риод 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"¹⁶, 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 бере-

¹⁶ ЮНИСЕФ/ВОЗ, инициатива "Больница, доброжелательная к ребенку" (1991 год).

менности. 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 внимания, что мальчики и мужчины играют ключевую роль при планировании и обеспечении здоровых беременностей 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; санитарию, 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 наркотиками¹⁷ и Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения по борьбе

¹⁷ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года; Конвенция о психотропных веществах 1971 года; Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года.

бе 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.

b) 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 просветительского порядка в целях искоренения телесных наказаний и других жестоких или унижающих достоинство видов наказания во всех местах, в том числе дома¹⁸.

c) 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.

¹⁸ Замечание общего порядка № 8 (2006) о праве ребенка на защиту от телесных наказаний и других жестоких или унижающих достоинство видов наказания, *Официальные документы Генеральной Ассамблеи, шестьдесят третья сессия, Дополнение № 41 (A/63/41), приложение II.*

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 об-

ласти детского здоровья и связанная с ними политика, программы и услуги планировались, разрабатывались, финансировались и осуществлялись на устойчивой основе.

В. 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.

в) 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 медикаментам¹⁹. 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

¹⁹ См. также резолюцию 15/22 Совета по правам человека о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

вред детскому и общественному здоровью; и не увековечивать связанные со здоровьем предрассудки.

d) 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 людьми²⁰. 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.

²⁰ Совет Международной организации медицинских наук/ВОЗ, Женева, 1993 год.

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.

С. 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 маргинализированных 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 прозрачность, 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 разноуровневых 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 правительства²¹.

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:

²¹ См. замечание общего порядка № 2 (2002 год) о роли независимых национальных учреждений по правам человека в поощрении и защите прав ребенка, *Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, пятьдесят девятая сессия, Дополнение № 41 (A/59/41)*, приложение VIII.

- 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 среднестатистических расходов на здравоохранение и уделять первоочередное внимание здоровью детей при распределении бюджетных средств;
- в) обеспечить открытый характер инвестиций в детей в государственном бюджете посредством подробного учета выделенных и потраченных на них средств; и
- г) 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 проявятся, 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.

б) 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;

в) *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 на-

логовые сборы и страхование, должны применяться на основе равноправных взносов с учетом уровня доходов.

d) *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.

c) 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.

d) 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 субъек-

ты 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.

Е. 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.
