



## Генеральная Ассамблея

Distr.: General  
4 December 2012  
Russian  
Original: English

---

### Совет по правам человека

Двадцать вторая сессия

Пункты 2 и 3 повестки дня

**Ежегодный доклад Верховного комиссара  
Организации Объединенных Наций  
по правам человека и доклады  
Управления Верховного комиссара  
и Генерального секретаря**

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

## **Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека о праве ребенка на наивысший достижимый уровень здоровья**

### *Резюме*

Несмотря на достигнутый прогресс, вопросы охраны здоровья детей по-прежнему вызывают серьезную озабоченность во всем мире. В настоящем докладе рассматриваются основные проблемы здравоохранения, касающиеся детей. В нем содержится анализ обязательств государств и других ответственных сторон в отношении права ребенка на здоровье, а также рекомендации, направленные на обеспечение осуществления этого права. В докладе подчеркивается, что выживание, защита, рост и развитие детей при крепком физическом и психическом здоровье имеют основополагающее значение в контексте человеческого достоинства и прав человека.

## Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение .....	1–2	3
II. Здоровье детей: глобальный приоритет .....	3–8	3
III. Международно-правовая основа .....	9–25	4
IV. Связанные со здоровьем детей вопросы, требующие внимания .....	26–66	9
A. Беременность, роды и послеродовый уход .....	28–32	9
B. Детская смертность .....	33–39	10
C. Неполюценное питание .....	40–45	11
D. Вредная практика .....	46–47	12
E. Сексуальное и репродуктивное здоровье .....	48–53	12
F. Насилие .....	54–56	14
G. Травмы, несчастные случаи и инвалидность .....	57–59	14
H. Психическое здоровье .....	60–62	15
I. Употребление психоактивных веществ .....	63–66	15
V. Меры по осуществлению .....	67–88	16
A. Подотчетность .....	67–68	16
B. Системы здравоохранения .....	69–77	17
C. Законы и меры политики .....	78–80	19
D. Регистрация рождений .....	81–82	19
E. Родители и лица, обеспечивающие уход за детьми .....	83–84	19
F. Образование .....	85–87	20
G. Международное сотрудничество .....	88	21
VI. Рекомендации .....	89–109	21

## I. Введение

1. Настоящий доклад представляется Совету по правам человека в соответствии с резолюцией 19/37, в которой Совет предложил Управлению Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) подготовить доклад о праве ребенка на наивысший достижимый уровень здоровья в тесном сотрудничестве с соответствующими заинтересованными сторонами, включая государства, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и другие соответствующие органы и учреждения Организации Объединенных Наций, мандатариев соответствующих специальных процедур, региональные организации и органы по правам человека, гражданское общество, национальные правозащитные учреждения и самих детей, и представить его Совету на его двадцать второй сессии в качестве информационного материала для ежегодного дня дискуссии о правах детей.

2. Государства, межправительственные и неправительственные организации, национальные правозащитные учреждения и представители научных кругов представили для этого исследования в общей сложности 112 материалов. В целях получения информации от заинтересованных сторон 30 и 31 октября 2012 года УВКПЧ организовало экспертные консультации. При подготовке настоящего доклада был использован значительный объем информации, полученной благодаря представленным документам, аналитическому исследованию и мнениям, изложенным экспертами, участвовавшими в этих консультациях<sup>1</sup>.

## II. Здоровье детей: глобальный приоритет

3. Право на здоровье является универсальным правом человека, признанным во Всеобщей декларации прав человека, статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и статье 24 Конвенции о правах ребенка. Осуществление права ребенка на здоровье является неотъемлемой частью реализации всех остальных прав, закрепленных в Конвенции. Выживание, защита, рост и развитие детей при крепком физическом и психическом здоровье имеют основополагающее значение в контексте человеческого достоинства и прав человека.

4. Детство – это уникальный период роста и развития, но, вместе с тем, в этот период ребенок может испытывать серьезные проблемы со здоровьем. Значительные последствия с точки зрения здоровья, могут иметь также формы поведения, сопряженные с риском и склонностью к экспериментам, характерные для подросткового возраста.

5. Важно рассматривать вопросы здоровья детей на основе подхода, учитывающего весь жизненный цикл человека, соответствующего правозащитному подходу – начиная с младенческого возраста, детства и отрочества и заканчивая взрослым возрастом. Детская смертность снизилась, но по-прежнему неприемлемо высока: ежегодно умирают 6,9 млн. детей в возрасте до пяти лет. Кроме того, каждый год умирают около 2,6 млн. человек в возрасте от 10 до 24 лет. Большая часть из этих смертей может быть предотвращена.

---

<sup>1</sup> Дополнительная информация размещена по адресу [www.ohchr.org/EN/Issues/Children/RightHealth/Pages/righttohealthindex.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Children/RightHealth/Pages/righttohealthindex.aspx).

6. Другой проблемой, вызывающей серьезную озабоченность, является бремя детских заболеваний. Картина заболеваемости зависит от пола, возраста, географии и других факторов. Кроме того, определенные группы детей, особенно те, которые находятся в наиболее тяжелых условиях, требуют особого внимания. Учет этих различий в картине заболеваний играет важнейшую роль в деле разработки адресных мер по удовлетворению потребностей детей.

7. Детские заболевания могут иметь последствия в гораздо более старшем возрасте, а схемы поведения, которые развиваются в детстве, могут сохраниться и во взрослом возрасте. Почти две трети преждевременных смертей и одна треть общего бремени заболеваний среди взрослых связаны с условиями или формами поведения, которые сформировались в молодом возрасте, включая употребление табачной продукции, нездоровое питание, недостаточную физическую активность, незащищенные половые связи и подверженность насилию. Необходимо также принимать во внимание опасности и риски, которым подвергается здоровье детей из-за загрязнения окружающей среды в местах их проживания.

8. По итогам рассмотрения представленных документов и обсуждений в ходе экспертных консультаций был подтвержден вывод о том, что, несмотря на достигнутый прогресс, проблемы охраны здоровья детей по-прежнему вызывают серьезную озабоченность во всем мире. Некоторые вопросы, вызывающие всеобщую обеспокоенность, требуют особого внимания, как то: неполноценное питание, насилие, травмы и несчастные случаи, психическое здоровье, употребление психоактивных веществ, сексуальное и репродуктивное здоровье подростков и привитие здорового образа жизни. Кроме того, в условиях нехватки ресурсов следует уделять особое внимание пневмонии, диарее и другим инфекционным заболеваниям.

### **III. Международно-правовая основа**

9. Конвенция о правах ребенка, которая является основным международным инструментом поощрения и защиты прав ребенка, применяется в отношении детей в любых обстоятельствах. Где бы ни находился ребенок, будь то в развитых или развивающихся странах или в странах, переживающих конфликты, он имеет право на одинаковую защиту своих прав, включая право на здоровье. Согласно статье 1 Конвенции право ребенка на здоровье относится к каждому человеческому существу до достижения 18-летнего возраста.

10. Помимо Конвенции о правах ребенка и факультативных протоколов к ней, все остальные международные договоры по правам человека, содержащие положения, касающиеся охраны здоровья, применяются как к взрослым, так и к детям и, таким образом, представляют собой дополнительные нормативные источники в деле осуществления права ребенка на здоровье. Они включают в себя, в частности, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Международную конвенцию о ликвидации всех форм расовой дискриминации, Конвенцию о правах инвалидов, Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, а также конвенции Международной организации труда (МОТ), касающиеся детского труда, а именно: Конвенцию о минимальном возрасте 1973 года (№ 138) и Конвенцию о наихудших формах детского труда 1999 года (№ 182).

11. Право на здоровье является универсальным правом человека, признанным во Всеобщей декларации прав человека и в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. При толковании статьи 24 Конвенции о правах ребенка следует принимать во внимание рекомендации, изложенные в замечании общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, поскольку некоторые обязательства государства, связанные с осуществлением права ребенка на здоровье, совпадают с общими обязательствами в рамках осуществления универсального права на здоровье. Право ребенка на здоровье является всеобъемлющим правом, которое также толкуется в Уставе Всемирной организации здравоохранения, где дается определение здоровья как состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов.

12. В статье 24 Конвенции о правах ребенка государства – участники Конвенции признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к услугам системы здравоохранения. Кроме того, государства-участники обязаны принимать необходимые меры для снижения уровня смертности младенцев и детской смертности, предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды, а также бороться с болезнями и недоеданием. Государства-участники обязаны также обеспечивать осведомленность всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного вскармливания, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждении несчастных случаев, а также в использовании таких основных знаний. Кроме того, государства-участники обязаны принимать любые эффективные и необходимые меры с целью упразднения традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье детей.

13. В своем диалоге с государствами-участниками Комитет по правам ребенка регулярно обращает внимание на вопрос о праве ребенка на здоровье и дает им рекомендации на этот счет. Кроме того, Комитет напрямую ссылается на это право в ряде своих замечаний общего порядка, включая замечание № 3 (ВИЧ/СПИД), 4 (здоровье подростков), 7 (раннее детство), 13 (право ребенка на свободу от всех форм насилия), 12 (право ребенка быть заслушанным) и 10 (права детей в рамках отправления правосудия в отношении несовершеннолетних).

14. В Конвенции о правах ребенка признается взаимозависимость и неделимость всех прав, которые в ней перечислены; таким образом, реализация права на здоровье является неотъемлемой частью осуществления всех других прав и обеспечение права на здоровье зависит от осуществления многих других прав, содержащихся в Конвенции. Если ребенок болен и не имеет доступа к услугам здравоохранения, то ребенок не может посещать школу и фактически будет лишен права на образование (статья 28). Аналогичным образом, если не осуществляются другие права, закрепленные в данной Конвенции, такие как право не подвергаться насилию (статья 19), это будет оказывать непосредственное негативное влияние на право ребенка на здоровье. Среди других прав, неразрывно связанных с осуществлением права на здоровье, можно отметить право на жизнь и право на недискриминацию, а также право на защиту от работы, которая может представлять опасность для здоровья ребенка (статья 32), право на защиту от сексуальной эксплуатации и сексуального совращения (статья 34) и право не быть подвергнутым пыткам или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания (статья 37). Крайне

важное значение в вопросе охраны здоровья ребенка получило также право участвовать в играх (статья 31), поскольку было доказано, что игры являются важнейшей частью эмоционального и физического здоровья и благополучия ребенка.

15. В соответствии с замечанием общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам право ребенка на здоровье не должно ограничиваться правом быть здоровым как таковым, а должно толковаться как право иметь такие условия жизни и такие услуги, которые обеспечивают наивысший достижимый уровень здоровья в существующих обстоятельствах. Такой подход к вопросу о здоровье ставит осуществление права на здоровье в один ряд с более широкими международными обязательствами в области прав человека. Понятие "наивысшего достижимого уровня здоровья" учитывает как биологические, социальные, культурные и экономические условия, в которых находится ребенок, так и ресурсы, которыми располагает государство, а также ресурсы, доступные из других источников, включая неправительственные организации, международное сообщество и частный сектор.

16. Право ребенка на здоровье состоит из комплексного набора свобод и смежных прав. К свободам, уровень которых возрастает по мере роста дееспособности и зрелости, относится право на контроль за своим здоровьем и телом. К смежным правам относится доступ к определенному набору учреждений, товаров, услуг и условий, которые обеспечивают всем детям равные возможности для получения наивысшего достижимого уровня здоровья. Право на наивысший достижимый уровень здоровья включает в себя не только доступ к информации и услугам в области охраны здоровья, но и, в частности, обеспечение доступа к услугам и программам, которые необходимы с точки зрения основополагающих предпосылок здоровья.

17. Кроме того, осуществление любого из прав, указанных в Конвенции, включая право на здоровье, должно строиться на четырех общих принципах, составляющих главные основы Конвенции о правах ребенка.

#### **Равенство и недискриминация**

18. В целях обеспечения полного осуществления права на здоровье для всех детей государства обязаны следить за тем, чтобы вопросы, касающиеся здоровья детей, не становились предметом дискриминации. В статье 2 Конвенции о правах ребенка указан ряд оснований, по которым запрещается дискриминация, включая расу, цвет кожи, пол, язык, религию, политические или иные убеждения, национальное, этническое или социальное происхождение, имущественное положение, состояние здоровья и рождение ребенка, его родителей или законных опекунов или какие-либо иные обстоятельства. Такие основания включают в себя также сексуальную ориентацию и состояние здоровья, включая ВИЧ/СПИД и состояние психического здоровья. Особенно распространенной является гендерная дискриминация, которая ведет к целому ряду последствий, начиная с дисбаланса в половой структуре населения и заканчивая гендерными стереотипами и проблемами доступа к услугам здравоохранения для детей. Следует уделять внимание различиям в потребностях девочек и мальчиков и влиянию связанных с гендерной составляющей социальных норм и ценностей. Во многих странах гендерное неравенство и дискриминация сказываются на доступе девочек к питанию и услугам здравоохранения с очень раннего возраста, что оказывает долгосрочное воздействие на их здоровье и развитие. Дискриминация на основе сексуальной ориентации и гендерной идентичности также негативно сказывается на осуществлении права ребенка на здоровье.

19. Дети представляют собой неоднородную группу населения, и приоритеты в вопросах, связанных со здоровьем детей, разнятся в зависимости от ряда факторов. Помимо вышеуказанных запрещенных оснований для дискриминации, важно учитывать особую уязвимость и подверженность заболеваниям определенных групп детей. Необходимо исключить любую дискриминацию этих групп детей, включая, в частности, такие группы, как дети с ограниченными возможностями или дети, страдающие хроническими заболеваниями; дети-мигранты и дети, оставленные родителями; дети, принадлежащие к меньшинствам и коренным народам; беспризорные дети, дети, находящиеся в детских учреждениях или лишенные родительской опеки; работающие дети, включая детей, выполняющих работу, которая может представлять опасность для их здоровья; дети – жертвы насилия, сексуальной эксплуатации и надругательств; дети-беженцы и дети, затронутые конфликтами, иностранной оккупацией и чрезвычайными ситуациями; дети, не имеющие свидетельства о рождении; дети, являющиеся лесбиянками, гомосексуалистами, бисексуалами, транссексуалами или интерсексами; дети, проживающие в семьях и общинах, где распространено употребление наркотиков; дети, подверженные вредным видам практики; а также дети, проживающие в удаленных районах, в неблагополучных с социально-экономической точки зрения городских районах и в крайне неблагоприятных экономических условиях.

#### **Наилучшее обеспечение интересов ребенка**

20. В статье 3 Конвенции о правах ребенка указано, что государственные или частные учреждения, занимающиеся вопросами социального обеспечения, суды, административные и законодательные органы обязаны уделять первоочередное внимание наилучшему обеспечению интересов ребенка во всех действиях в отношении детей. Сюда относятся решения, связанные с распределением ресурсов и разработкой и осуществлением стратегий и программных мер, а также предоставлением услуг, которые влияют на основополагающие предпосылки здоровья детей. Наилучшее обеспечение интересов каждого конкретного ребенка должно быть основано на передовой доказанной практике государственного здравоохранения, установленных желаниях и чувствах ребенка (статья 12), физических, эмоциональных и образовательных потребностях ребенка, а также на таких связанных с этим факторах, как возраст, пол, происхождение, взаимоотношение с лицами, осуществляющими уход за ребенком, и т.д.

#### **Право на жизнь, выживание и развитие**

21. В статье 6 Конвенции не только признается неотъемлемое право на жизнь, но и указывается, что обязанностью государства является обеспечение выживания и развития ребенка, включая физическую, умственную, духовную и социальную составляющие развития.

#### **Уважение взглядов ребенка**

22. В статье 12 Конвенции закрепляется право ребенка выражать свои взгляды, причем эти взгляды должны пользоваться должным вниманием; это относится в том числе к взглядам по всем аспектам охраны здоровья. Изменение дееспособности ребенка оказывает серьезное влияние на то, когда ребенок может начать принимать участие в вопросах охраны своего здоровья и в конечном итоге принимать в этой связи самостоятельные решения, в том числе в вопросах, касающихся его/ее доступа к услугам здравоохранения, в случае необходимости без согласия родителей. В соответствии со своей дееспособностью и зрелостью дети должны получать доступ к конфиденциальной консультативной

помощи без согласия родителей или законных опекунов в том случае, если это необходимо для наилучшего обеспечения интересов ребенка.

23. В соответствии с замечанием общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам услуги и программы в области здравоохранения, в том числе предназначенные для детей, должны соответствовать ряду критериев, таких как наличие, доступность, приемлемость и качество. Осуществление права ребенка на здоровье требует наличия достаточного числа функционирующих учреждений, товаров, услуг и программ в сфере детского здравоохранения. Сюда входит достаточное число больниц, поликлиник, врачебного и медицинского персонала, мобильных медицинских групп и объектов инфраструктуры, местных медицинских работников, оборудования и необходимых лекарств в целях обеспечения всех детей, проживающих в конкретном государстве, необходимыми услугами здравоохранения. Уровень достаточности должен определяться существующими потребностями; при этом особое внимание следует уделять тем слоям населения, которые недостаточно обеспечены медицинскими услугами и проживают в труднодоступных районах.

24. Доступность имеет четыре аспекта:

а) недискриминация: услуги здравоохранения и сопряженные с ними услуги, оборудование и медицинские препараты должны быть доступны всем детям, беременным женщинам и матерям по закону и на практике без какой-либо дискриминации;

б) физическая доступность: медицинские учреждения должны находиться в физической досягаемости для всех детей, беременных женщин и матерей. При этом особое внимание следует уделить потребностям детей с ограниченными возможностями;

в) экономическая доступность: ограниченные возможности оплаты услуг, медицинских препаратов или лекарств не должны препятствовать доступу к услугам здравоохранения. Государства должны создавать системы социальных гарантий, позволяющие бедным слоям населения получать доступ к медицинским услугам, где и когда они критически необходимы, вне зависимости от платежеспособности. Для этого может понадобиться, в том числе, отмена платежей пользователей и внедрение систем финансирования здравоохранения, которые не подвергают бедные слои дискриминации ввиду их неплатежеспособности;

г) доступность информации: информация, касающаяся укрепления здоровья, состояния здоровья или вариантов лечения, должна предоставляться детям и лицам, обеспечивающим уход за ними, на том языке и в такой форме, которые доступны для них, хорошо понятны и подходят им с культурной точки зрения.

25. В контексте права ребенка на здоровье приемлемость означает, что все медицинские учреждения, товары и услуги должны создаваться и использоваться таким образом, чтобы всесторонне учитывать и соблюдать принципы медицинской этики, а также соответствовать потребностям ребенка, его ожиданиям, культурным и языковым особенностям. Учреждения, товары и услуги, связанные со здравоохранением, должны быть надлежащего уровня с научной и медицинской точек зрения и должны иметь хорошее качество.



## IV. Связанные со здоровьем детей вопросы, требующие внимания

26. Необходимо уделять должное внимание проблемам охраны здоровья детей в возрасте от 0 до 19 лет, которых сегодня во всем мире насчитывается около 2,5 млрд. человек.

27. По данным МОТ, 115 млн. детей заняты работой, которая может нанести ущерб их здоровью, безопасности или нравственности и которая должна быть запрещена для любого лица, не достигшего 18 лет. Дети, вовлеченные в опасную работу, подвержены высокому риску профессиональных заболеваний и травматизма.

### A. Беременность, роды и послеродовой уход

28. Обеспечение охраны здоровья детей начинается с обеспечения здоровья и благополучия женщин репродуктивного возраста и продолжается на этапах соответствующего ухода и оказания услуг в ходе беременности, родов и послеродового периода. У ребенка, чья мать умирает в течение шести недель после родов, меньше шансов дожить до двухлетнего возраста, чем у ребенка, чья мать продолжает жить. Необходимость использования правозащитного подхода в политике по сокращению предотвратимой материнской смертности и заболеваемости была признана Советом по правам человека<sup>2</sup>.

29. Материнское недоедание и детское недоедание, которые неразрывно связаны между собой, согласно оценкам, являются причиной 35% детских смертей и 11% глобального бремени заболеваний. Обеспечение достаточным питанием и пищевыми добавками беременных женщин играет крайне важную роль в обеспечении здорового развития плода и младенца и снижении подверженности ребенка инфекционным заболеваниям в младенчестве и хроническим заболеваниям во взрослом возрасте.

30. В 2012 году почти 2,8 млн. смертей было связано со смертностью в послеродовый период (детская смертность в возрасте от 0 до 27 дней). Осложнения, вызванные преждевременными родами, интранатальные осложнения, инфекции, материнская гипертензия, диабет и ограничение роста плода являются причинами большинства случаев мертворождений и младенческой смертности. Повышение эффективности наблюдения за ходом беременности и ранняя профилактика, обнаружение и лечение осложнений оказывают положительное влияние на здоровье и выживаемость женщин и новорожденных.

31. Более 90% детей с ВИЧ были заражены от своей матери, что можно предотвратить с помощью антиретровирусных препаратов, а также внедрения более безопасной практики родов и кормления. Добровольное тестирование на ВИЧ и консультации, а также доступ к услугам по диагностике ВИЧ у младенцев и, по мере необходимости, к услугам по длительному уходу за ВИЧ-инфицированными женщинами и младенцами и их лечению могут уменьшить масштабы передачи ВИЧ-инфекции и обеспечить доступ к необходимым услугам.

32. Расширение доступа к квалифицированным акушерам во время родов и экстренным родовспомогательным услугам может улучшить выживаемость

<sup>2</sup> См. резолюции 11/8, 15/17, 18/12 и 21/6 Совета по правам человека.

детей посредством сокращения числа мертворождений и сохранения жизни матери и ребенка. Послеродовой уход должен включать в себя как минимум раннее и исключительно грудное вскармливание, содержание ребенка в тепле, более частое мытье рук, гигиенический уход за пуповиной и кожей, выявление нарушений, требующих дополнительного ухода, и рекомендации относительно того, когда требуется показать младенца врачу. Кроме того, положительное влияние на многие аспекты здоровья ребенка играет грудное вскармливание, поскольку, помимо его питательной пользы, оно укрепляет иммунную систему младенца, предотвращая тем самым развитие многочисленных инфекционных заболеваний.

## **В. Детская смертность**

33. Основными причинами смертности детей в возрасте от 1 до 59 месяцев являются пневмония, диарея и малярия; травмы и врожденные отклонения также являются распространенными причинами смертности<sup>3</sup>. Основные причины детской смертности приводят также к ежегодной заболеваемости миллионов детей. Почти половина глобального бремени заболеваний среди детей в возрасте от 0 до 4 лет вызвана семью инфекционными заболеваниями: инфекционными заболеваниями нижних дыхательных путей (включая пневмонию), заболеваниями, связанными с диареей, малярией, корью, коклюшем, ВИЧ/СПИДом и столбняком.

34. Однако глобальные данные скрадывают серьезные межрегиональные различия, а данные национальной статистики не отражают различий в состоянии здоровья на субнациональном уровне. Риск детской смертности у детей в возрасте до 5 лет в странах с низким доходом в 18 раз выше, чем в странах с высоким доходом; во всех странах такой риск выше в сельских районах, среди малообразованных и бедных слоев населения<sup>4</sup>.

35. Смертность среди детей до 5 лет более чем на две трети обусловлена заболеваниями, которые могут быть предотвращены и вылечены с помощью простых и недорогостоящих методов лечения. Медицинские работники должны проводить такое лечение на местном уровне и предоставлять родителям и лицам, осуществляющим уход за детьми, информацию о том, как обеспечить здоровье и выживание их ребенка.

36. Обеспечение доступа к полному циклу иммунизации детей, рекомендованному ВОЗ, имеет решающее значение для профилактики растущего числа детских болезней, а также заболеваний, которые могут возникнуть в более позднем возрасте.

37. Доступ к обработанным инсектицидами сетям и надлежащему лечению малярии в соответствии с рекомендациями ВОЗ может увеличить шансы на выживание детей в районах распространения малярии. Важное значение в борьбе с детской смертностью и заболеваемостью играет доступ к достаточному количеству безопасной для здоровья питьевой воды. Мытье рук с мылом, доступ к более совершенным санитарно-техническим сооружениям и противоглистным препаратам может способствовать борьбе с диареей и пневмонией, а также с другими инфекционными и паразитарными заболеваниями.

---

<sup>3</sup> UNICEF, *A Promise Renewed*, 2012. Размещено по адресу [www.apromiserenewed.org/files/APR\\_Brochure\\_September12.pdf](http://www.apromiserenewed.org/files/APR_Brochure_September12.pdf).

<sup>4</sup> См. [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/child/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/child/en/index.html).

38. Необходимо принять меры для борьбы с опасностями и рисками для здоровья ребенка, связанными с загрязнением окружающей среды на местном уровне, включая меры по сокращению выбросов при использовании дымящего оборудования для приготовления пищи, с тем чтобы сократить заболеваемость пневмонией и другими инфекциями дыхательных путей, а также меры, направленные на борьбу с изменением климата, которое усугубляет бремя инфекционных заболеваний и неравенство в области здравоохранения.

39. Требуется дополнительное внимание к детям, затронутым ВИЧ, с тем чтобы обеспечить их выживание, здоровье и развитие, непрерывный доступ к услугам по уходу и помощь со стороны надлежащим образом подготовленных взрослых, защиту их прав, в том числе на образование, здоровье и другие социальные услуги и право на наследование.

### **С. Неполюценное питание**

40. Недоедание, дефицит микроэлементов и переедание являются разными проявлениями проблемы неполноценного питания, которые необходимо принимать во внимание в их совокупности на основе подхода, учитывающего весь жизненный цикл человека<sup>5</sup>. Недоедание является основной причиной смерти 2,6 млн. детей ежегодно, что составляет одну треть детских смертей по всему миру. Кроме того, каждый четвертый ребенок в мире отстает в росте; в развивающихся странах это относится к каждому третьему ребенку<sup>6</sup>.

41. Помимо бремени заболеваний и отставания в росте, связанных с недоеданием, все большую обеспокоенность вызывает проблема переедания. В 2010 году избыточной массой страдало около 42 млн. детей в возрасте до 5 лет, причем этот показатель продолжает расти в связи с недостаточной физической активностью и нездоровым режимом питания<sup>7</sup>.

42. Представленные материалы подтверждают сделанный выше вывод и говорят о том, что такое двойное бремя начинает в равной мере затрагивать как развитые, так и развивающиеся страны. Кроме того, в полученных ответах содержатся свидетельства тревожных тенденций стигматизации страдающих ожирением детей со стороны медицинских работников.

43. Ключевую роль играет обеспечение надлежащего питания для младенцев и детей в раннем возрасте. Для решения проблемы неполноценного питания среди детей можно принять ряд мер, таких как консультирование родителей и их снабжение продуктами питания и пищевыми добавками, расширение доступа к достаточным и приемлемым с культурной точки зрения источникам безопасного продовольствия, а также осуществление дополнительных и чрезвычайных программ в сфере обеспечения продовольствием в тех районах, где имеется ярко выраженная угроза неполноценного питания или где такая проблема широко распространена. Некоторые отмечают опасность слишком высокой зависимости от использования добавок, лечебного питания, обогатителей пищевых продуктов и детских пищевых смесей, утверждая, что фактически они могут вести к неполноценному питанию, если применяются в тех регионах, экосистема которых способна поддерживать устойчивый режим питания. Школьное пи-

<sup>5</sup> A/HRC/19/59.

<sup>6</sup> Save the Children, A Life free from Hunger, 2012.

<sup>7</sup> ВОЗ, Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Женева, 15–17 декабря 2009 года. Размещено по адресу [www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf).

тание может способствовать обеспечению доступа детей к достаточному питанию, повышению способности детей к обучению и увеличению числа детей, посещающих школу.

44. Борьба с ожирением у детей может вестись с помощью пропаганды здорового питания и физической культуры. Воздействие на детей рекламы и продвижения вредных для здоровья продуктов питания и напитков может быть ограничено – помимо воспитательных мер со стороны родителей – мерами нормативного регулирования.

45. Специальный докладчик по вопросу о праве на питание подчеркивает важное значение борьбы с недоеданием, дефицитом микроэлементов и переданием в их совокупности с помощью комплексного изменения систем питания в целях внедрения устойчивых рационов питания<sup>8</sup>.

#### **D. Вредная практика**

46. Некоторые виды практики, которая применяется при попустительстве родителей, родственников и даже религиозных и общинных лидеров, могут пагубно влиять на здоровье детей; среди видов такой практики можно отметить проведение калечащих операций на женских половых органах и обрезание, принудительное кормление, детские браки, обливание кислотой, убийства на почве оскорбленной чести, уплощение груди, проверку девственности, вредные для здоровья обряды посвящения, предпочтение иметь детей мужского пола, отбор по признаку пола, убийства новорожденных, получение приданого, кабальный труд и сексуальное рабство. Необходимо принять меры по искоренению таких видов практики в соответствии со статьей 24.3 Конвенции о правах ребенка.

47. Практика, наносящая вред здоровью ребенка, в некоторых случаях вызвана деятельностью средств массовой информации и частного сектора. Стереотипы красоты, которые пропагандируют средства массовой информации, могут привести к такой излишней практике, как косметические хирургические вмешательства. При необходимости государства должны принимать эффективные и адекватные меры для борьбы с такими видами практики.

#### **E. Сексуальное и репродуктивное здоровье**

48. Ежегодно около 16 млн. девочек в возрасте от 15 до 19 лет рожают детей; риск осложнений в период беременности и родов у девочек-подростков особенно высок. Проблемы, связанные с материнским здоровьем, являются причиной 7% общего количества смертей девочек и женщин в возрасте от 10 до 24 лет и в значительной степени влияют на уровень инвалидности в глобальном масштабе.

49. Право на сексуальное и репродуктивное здоровье является важнейшей частью права на здоровье. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья отметил, что государства должны обеспечивать, чтобы этот аспект права на здоровье осуществлялся в полном объеме<sup>9</sup>. Обеспечение наивысшего достижимого уровня здоровья и благополучия подростков требует комплексных об-

<sup>8</sup> A/HRC/19/59, пункты 37–47.

<sup>9</sup> A/66/254.

разовательных мер в области сексуального поведения и обеспечения полного доступа к конфиденциальным и рассчитанным на молодежь услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, которые основаны на фактологическом подходе. Разработанная специально для подростков комплексная образовательная программа по вопросам сексуального поведения может способствовать решению проблем, связанных с высокими показателями подростковой беременности, и снижению сопряженных с этим дополнительных рисков заболеваемости и смертности.

50. Комитет по правам ребенка обращался к государствам-участникам с настоятельными требованиями принять все необходимые меры для сокращения уровня беременности среди подростков, повышения информированности об услугах по планированию семьи и расширения доступа к ним, для разработки образовательных программ в сфере репродуктивного здоровья подростков и повышения информированности о возможностях доступа к безопасным методам контрацепции. Комитет подчеркивал также, что необходимо обеспечить обязательный учет и уважение мнений ребенка при принятии решений о прерывании беременности и запретить это как в законодательстве, так и на практике<sup>10</sup>.

51. Комитет отметил также свою обеспокоенность воздействием крайне ограничительных законов об абортах на право девочек-подростков на здоровье<sup>11</sup> и настоятельно призвал государства обеспечить, чтобы девочки ни при каких обстоятельствах не подлежали уголовному наказанию за намерение сделать аборт или за его осуществление<sup>12</sup>. Комитет просил также государства пересмотреть свое законодательство об абортах в целях обеспечения его полного соответствия принципам защиты наилучших интересов ребенка, в том числе путем обеспечения одиноким матерям подросткового возраста доступа к безопасным абортам и надлежащей защиты от опасности нелегальных аборт<sup>13</sup>.

52. Необходимо обеспечить всеобщий доступ к комплексу рассчитанных на подростков услуг в области борьбы с ВИЧ, таких как меры по профилактике ВИЧ, добровольные консультации и тестирование, уход, лечение и вспомогательные услуги. Жертвы сексуального насилия должны иметь доступ к мерам профилактики после контакта. Должное внимание следует уделять конфиденциальности результатов тестирования на ВИЧ и другой связанной с этим информации.

53. В некоторых районах социальные и культурные установки могут ограничивать доступ к информации и услугам. Например, комплексные программы полового воспитания в некоторых ситуациях могут считаться неприемлемыми, например в том случае, когда половое воспитание основано исключительно на пропаганде воздержания. В ситуации, когда преобладают традиционные взгляды на половые отношения, доступ к услугам, связанным с охраной сексуального и репродуктивного здоровья, может быть ограничен для некоторых сегментов населения, включая подростков. Законодательство, в котором оговаривается необходимость согласия родителей или супруга, может препятствовать доступу подростков к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье.

<sup>10</sup> CRC/C/UKR/CO/3-4, пункт 57.

<sup>11</sup> CRC/C/15/Add.107, пункт 30; CRC/C/CHL/CO/3, пункты 55–56; CRC/C/URY/CO/2, пункт 51.

<sup>12</sup> CRC/C/NIC/CO/4, пункт 59 b).

<sup>13</sup> CRC/C/KOR/CO/3-4, пункт 11.

## **Е. Насилие**

54. В исследовании Организации Объединенных Наций по вопросу о насилии в отношении детей<sup>14</sup> отмечаются масштабы проблемы, связанной с насилием, и подтверждается, что оно существует во всех странах и имеет место при различных обстоятельствах, в том числе в семье, в школе, в детских учреждениях и в местах проживания детей. Отмечается высокий показатель связанных с насилием смертности и заболеваемости среди детей, особенно в период раннего детства и в подростковом возрасте, что говорит о необходимости создания среды, защищающей детей от насилия, оказания помощи родителям и лицам, обеспечивающими уход за детьми, в их здоровом воспитании, а также борьбы с такими поведенческими установками, которые способствуют терпимости по отношению к насилию во всех его проявлениях и в различных ситуациях, а также оправдывают такое насилие. Право ребенка на свободу от насилия закреплено в статье 19 Конвенции о правах ребенка.

55. Сексуальное насилие может иметь серьезные кратко- и долгосрочные физические, психологические и социальные последствия не только для девочек и мальчиков, но и для их семей и общин. Необходимы устойчивые и эффективные системы защиты ребенка, в том числе оказание комплексных услуг детям-жертвам.

56. Учитывая последствия телесных наказаний для здоровья ребенка, включая смертельные и несмертельные повреждения, а также психологические и эмоциональные последствия, необходимо повсеместно искоренить телесные наказания и другие виды жестоких или унижающих достоинство наказаний<sup>15</sup>.

## **Г. Травмы, несчастные случаи и инвалидность**

57. Травмы, дорожно-транспортные происшествия, падения и ожоги в результате пожаров оказывают значительное влияние на бремя заболеваний среди детей в возрасте от 5 до 9 лет и могут приводить к инвалидности. Основной причиной смертности среди лиц в возрасте от 10 до 24 лет являются дорожно-транспортные происшествия.

58. Снижение уровня детского травматизма требует разработки стратегий и мер, направленных на сокращение числа дорожно-транспортных происшествий, утоплений, ожогов и других несчастных случаев в домашних условиях, таких как соответствующее законодательство и меры по его применению, особенно в вопросах, касающихся безопасности дорожного движения; модификация продукции и изменение окружающей среды; осуществление образовательных программ, развитие навыков и изменение поведения; осуществление проектов на уровне общины и оказание услуг стационарного лечения и неотложной помощи, а также услуг по восстановлению<sup>16</sup>. Система здравоохранения должна обеспечивать раннюю диагностику инвалидности, в том числе нарушений зрения и слуха, и, когда речь идет о детях с ограниченными возможностями, незамедлительное оказание услуг по реабилитации и уходу как можно ближе к месту проживания.

<sup>14</sup> A/61/299.

<sup>15</sup> CRC/C/GC/8.

<sup>16</sup> ВОЗ, *Всемирный доклад о профилактике детского травматизма*, Женева, 2008 год. Размещен по адресу: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_NMH\\_VIP08.01\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_NMH_VIP08.01_eng.pdf).

59. Кроме того, в некоторых из представленных материалов высказывается опасение относительно последствий для здоровья, связанных с некоторыми опасными играми, такими как "удушение" или "обморок"<sup>17</sup>. Хотя соответствующая статистика отсутствует, в некоторых странах создаются ассоциации родителей в целях повышения информированности о последствиях таких игр. Важное значение имеет профилактика в школах.

## **Н. Психическое здоровье**

60. Отмечается рост психических расстройств среди подростков, включая нарушения в развитии и поведенческие расстройства, депрессию, тревожные состояния, психологические травмы в результате жестокого обращения, насилия или эксплуатации, членовредительство и самоубийства. Зачастую такие расстройства поздно диагностируются и не получают надлежащего лечения.

61. В своей резолюции о психическом здоровье 2012 года (WHA65.4) Всемирная ассамблея здравоохранения отметила, что возрастает объем фактических данных об эффективности и экономической целесообразности мер укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств, особенно среди детей и подростков. Необходимо расширять поле применения таких мер, включая их в качестве основных направлений в широкий спектр стратегий и программ, в том числе в программы в области здравоохранения, образования и защиты детей, вовлекая при этом семьи и общины. Они должны включать в себя меры, нацеленные на защиту детей, находящихся в зоне риска в связи с их семейными или социальными обстоятельствами, с тем чтобы развивать их навыки психологической адаптации, создавать безопасную и поддерживающую среду. Укреплению психического здоровья детей может способствовать оказание услуг психологической помощи в школах и других местах социализации детей.

62. Необходимость уделять больше внимания заболеваниям и поведенческим и социальным проблемам, которые подрывают психическое здоровье детей, их психологическое благополучие и эмоциональное развитие, получает все большее признание. Лечение и профилактика многих психических расстройств могут стать более эффективными благодаря инвестициям в механизмы первичной медицинской помощи, которые способствуют раннему обнаружению и лечению психологических, эмоциональных и психических расстройств у детей.

## **I. Употребление психоактивных веществ**

63. Табачную продукцию употребляют около 150 млн. молодых людей, в первую очередь в странах с низким и средним доходом; наблюдается рост потребления алкоголя среди молодежи, в особенности среди юношей<sup>18</sup>; потребление табака и потребление алкоголя повышает риск развития сердечно-сосудистых и прочих заболеваний во взрослом возрасте. Как правило, модели употребления психоактивных веществ, которые формируются в подростковом возрасте, превращаются в хронические модели употребления, приводят к смертности и заболеваемости в более позднем возрасте. Дети нуждаются в за-

<sup>17</sup> Добровольная игра, связанная с удушением, с целью испытать новые ощущения, вызванные перекрытием доступа кислорода к мозгу.

<sup>18</sup> WHO, Global status report on alcohol and health, Geneva, 2011.

щите от таких вредных веществ, как растворители, алкоголь, табак и незаконные вещества.

64. Ратификация Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака<sup>19</sup> является важным шагом в обеспечении контроля за потреблением табака детьми. Меры, направленные на запрет рекламы табака, повышение цен на табачную продукцию и принятие законов, запрещающих курение в школах и других общественных местах, сокращают число людей, которые начинают потреблять табачную продукцию. Эффективными стратегиями снижения потребления алкоголя среди молодежи является запрет рекламы алкогольной продукции, регулирование доступа к ней и оказание психологической помощи в случае злоупотребления алкоголем.

65. Несмотря на то, что среди детей потребление алкоголя, каннабиса, растворителей и "клубных" наркотиков гораздо более распространено, чем употребление наркотиков инъекционным путем, данный способ потребления наркотиков вызывает серьезные опасения. Дети, потребляющие наркотики инъекционным путем, как правило, находятся в наиболее тяжелых условиях: это могут быть беспризорные дети или дети, оставшиеся без попечения родителей. Среди детей, потребляющих наркотики инъекционным путем, вероятность пользования общим шприцем выше, чем у взрослых, и при этом, как правило, им сложнее получить доступ к услугам по замене игл и шприцев. Пользование общим шприцем может привести к заражению передающимися через кровь вирусами, включая ВИЧ. Дети и молодые люди, потребляющие наркотики инъекционным путем, подвержены также большому риску предотвратимых заболеваний и смерти от передозировки<sup>20</sup>.

66. Необходимо взять на вооружение комплексный подход в отношении потребления психоактивных веществ, основанный на защите прав человека и использовании стратегий по снижению вреда в целях минимизации негативных последствий злоупотребления психоактивными веществами для здоровья.

## V. Меры по осуществлению

### A. Подотчетность

67. Хотя первичную ответственность за обеспечение осуществления права ребенка на здоровье несут государства, необходимо вовлечение ряда заинтересованных сторон на различных уровнях, включая государственные структуры и частные организации, правительственные и неправительственные организации, партнеров по развитию и организации, обеспечивающие финансирование. Крайне важное значение имеет функция, которую выполняют родители и другие лица, обеспечивающие уход за детьми, включая учителей, врачей, социальных работников и других лиц, работающих с детьми. Государства обязаны обеспечить все ответственные стороны достаточными возможностями для выполнения их обязанностей и обязательств, а также обеспечить детям соответствующий потенциал, позволяющий им реализовать свое право на здоровье.

68. Подотчетность является одной из ключевых составляющих обеспечения осуществления права ребенка на здоровье, и национальные механизмы подот-

<sup>19</sup> Размещена по адресу <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf>.

<sup>20</sup> Документ, представленный организацией "Харм Редакшн интернешнл", размещен по адресу [www.ohchr.org/EN/Issues/Children/RightHealth/Pages/Contributionsreceived.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Children/RightHealth/Pages/Contributionsreceived.aspx).



четности должны быть эффективными и прозрачными. Эффективные механизмы подотчетности включают в себя системы подачи жалоб, средства судебной защиты и независимые органы контроля. Используя активное вовлечение государственных органов, общин, гражданского общества и детей, национальные механизмы подотчетности должны обеспечивать ответственность всех сторон за их действия. В рамках таких механизмов следует также обращать внимание на структурные факторы, влияющие на здоровье ребенка, такие как законы, политика и бюджеты. Важнейшую роль для государственных механизмов подотчетности играет инклюзивный мониторинг использования финансовых ресурсов и эффективности с точки зрения охраны здоровья ребенка.

## **В. Системы здравоохранения**

69. Инвестиции в укрепление систем здравоохранения являются ключевым фактором в области профилактики и оказания качественных услуг; эффективная, прозрачная и нацеленная на запросы пациента система здравоохранения является важнейшей составляющей осуществления права ребенка на здоровье. В соответствии с подходом, основанным на защите прав, системы здравоохранения должны быть устроены таким образом, чтобы охватывать всех, включая те группы детей, которые находятся в наиболее неблагоприятном положении; такие системы должны быть прозрачными и обеспечивать подотчетность всех ответственных сторон.

70. Универсальное право на здоровье означает обеспечение доступа к услугам здравоохранения для всех, однако в рамках осуществления права ребенка на здоровье необходимо создание таких систем здравоохранения, которые соответствовали бы потребностям детей в области охраны здоровья. В осуществлении права на здоровье важную роль играют комплексные программы по оказанию первичных медицинских услуг, дополняющие зарекомендовавшие себя стратегии на местном уровне, такие как профилактика заболеваний, лечение конкретных заболеваний и меры, связанные с оптимизацией питания. Обеспечение медицинскими услугами и технологиями не только через медицинские учреждения, но с помощью мобильных технологий может значительно снизить некоторые риски и должно применяться повсеместно. Хотя укрепление национальных систем здравоохранения должно быть долгосрочной целью, применение инициатив на местном уровне может расширить сферу охвата соответствующих мер в тех районах, где медицинские услуги труднодоступны.

71. Ключевыми элементами первичного медицинского обслуживания являются профилактика и пропаганда здорового образа жизни. Соответствующие меры должны быть направлены на борьбу с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, а также с такими факторами риска для здоровья, как несчастные случаи, насилие, злоупотребление психоактивными веществами, психосоциальные и психические расстройства; они должны сочетать в себе меры биомедицинского, поведенческого и структурного характера.

72. В целях преодоления проблем, затрагивающих доступ детей к услугам здравоохранения и их использование, необходимо поощрять равенство и недискриминацию. Стратегии, нацеленные на помощь наиболее обездоленным общинам, с акцентом на первичных медицинских услугах и мерах на местном уровне могут привести к большему снижению уровня детской смертности и быть более эффективными с точки зрения затрат, чем стратегии, разработанные без учета проблем неравного доступа к услугам здравоохранения.

73. Медицинские подходы, учитывающие особенности развития ребенка в различные периоды его взросления, такие как инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку"<sup>21</sup>, рассчитанные на детей программы в области здравоохранения и рассчитанные на подростков медицинские услуги, могут повысить уровень приемлемости медицинских услуг и частоту их использования.

74. В целях осуществления права ребенка на здоровье необходимо уделять особое внимание расширению взаимодействия с детьми и их участию во всех стадиях формирования и функционирования системы здравоохранения, с тем чтобы повысить приемлемость и в конечном итоге расширить использование услуг здравоохранения.

75. Многие страны отмечают нехватку людских ресурсов в сфере здравоохранения, в особенности в период кризиса. При этом для оказания медицинских услуг всем детям необходимо наличие достаточного числа медицинских работников, а также надлежащих программ профессиональной подготовки, механизмов регулирования, контроля, вознаграждения и условий труда.

76. В целях поддержки национальной системы координации по вопросам охраны здоровья детей, нацеленной на облегчение взаимодействия между министерствами и государственными органами других уровней, необходима разработка соответствующим образом систематизированного и дезагрегированного набора показателей и инструментов оценки. Кроме того, в рамках информационных систем в области здравоохранения следует соблюдать право ребенка на неприкосновенность частной жизни в процессе сбора и распространения личных данных. Регулярный мониторинг и обзор соответствующим образом дезагрегированных данных о национальной системе здравоохранения и основополагающих факторах здоровья, воздействующих на детей, играют крайне важную роль в понимании и решении проблем, связанных с правами и здоровьем ребенка, как на глобальном, так и на местном уровне. Государства должны на регулярной основе пересматривать и совершенствовать свои информационные системы в сфере здравоохранения, включая такие жизненно важные составляющие, как системы регистрации и мониторинга.

77. Взаимосвязь между бедностью и плохим состоянием здоровья имеет серьезное фактическое подтверждение. Оказание медицинских услуг и информирование о здоровом образе жизни должны сопровождаться мерами по борьбе с нищетой в целях преодоления потенциальных финансовых барьеров на пути осуществления права ребенка на здоровье. Укреплению здоровья ребенка может также способствовать расширение контроля женщин над семейными ресурсами, поскольку при этом приоритетное внимание начинает уделяться питанию ребенка и его доступу к услугам здравоохранения. Плата за предоставляемые услуги и связанные с этим медицинские расходы могут стать непреодолимым препятствием для получения медицинских услуг. Меры социальной защиты, включая такие механизмы социального обеспечения, как детские выплаты или субсидии, наличные денежные переводы и оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком, являются дополнительными инвестициями, повышающими финансовую доступность медицинских услуг для детей.

<sup>21</sup> См. [www.unicef.org/nutrition/index\\_24806.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24806.html).

### **С. Законы и меры политики**

78. Национальное законодательство должно возлагать на государство обязанность по предоставлению услуг, внедрению программ, выделению ресурсов и созданию инфраструктуры, необходимых для осуществления права ребенка на здоровье, а также юридически закреплять право беременных женщин и детей на базовые медицинские и смежные услуги независимо от их платежеспособности. Кроме того, в национальном законодательстве должен быть введен комплексный запрет на практику, причиняющую вред детям. Необходимо изъять из национального законодательства нормативные положения, оправдывающие или позволяющие давать согласие на вредную для детей практику. В законодательстве должны быть также предусмотрены надлежащие механизмы подачи жалоб и правовой защиты.

79. Законодательство должно выполнять ряд дополнительных функций в рамках осуществления права ребенка на здоровье, включая такие функции, как: определение рамок данного права и признание детей в качестве правообладателей; указание функций и обязанностей всех ответственных сторон; указание тех услуг, на которые имеют право претендовать дети, беременные женщины и матери; и нормативно-правовое регулирование услуг, обеспечивающее их надлежащее качество.

80. Нормы законодательства, предписания и меры политики могут также стать барьерами на пути осуществления права ребенка на здоровье; речь идет, в частности, о требовании получения согласия родителей и/или супруга для доступа к медицинской информации и/или услугам; ограничении доступа к услугам детей-мигрантов и их родителей; и ограничениях в отношении комплексных программ полового воспитания.

### **Д. Регистрация рождений**

81. В статье 7 Конвенции о правах ребенка признается право ребенка на регистрацию рождения. Регистрация рождения играет важнейшую роль при определении минимального возраста для приема на работу, призыва в армию и вступления в брак, а также в чрезвычайных ситуациях для поиска разлученных и несопровождаемых детей. Существует определенная корреляция между регистрацией ребенка и его полной вакцинацией, снабжением пищевыми добавками с витамином А и/или направлением к медицинским работникам в случае болезни.

82. Системы здравоохранения должны обеспечивать возможность детям, рождение которых не было зарегистрировано, все же пользоваться полагающимися им услугами и механизмами защиты в полной мере и наравне со всеми остальными детьми. Эффективная регистрация смертей также имеет важное значение для контроля за численностью населения и причинами смертности и для планирования мер в сфере здравоохранения.

### **Е. Родители и лица, обеспечивающие уход за детьми**

83. Родители и лица, обеспечивающие уход за детьми, играют важную роль в процессе воспитания детей, и государствам следует помогать им в осуществлении своих обязанностей. Родители и другие лица, обеспечивающие уход за детьми, играют наиболее значимую роль в вопросах ранней диагностики и пер-

вичного ухода за малолетними детьми, а также защиты подростков от различных видов опасного поведения, таких как потребление психоактивных веществ и небезопасные половые связи. Родители и лица, обеспечивающие уход за детьми, играют также центральную роль в поощрении здорового развития ребенка и его защите от рисков, связанных с несчастными случаями, опасными играми, травмами и насилием, и в смягчении негативных последствий опасного поведения. Родители и лица, обеспечивающие уход за детьми, оказывают серьезное влияние на процессы социализации детей, которые имеют важнейшее значение для понимания окружающего их мира и приспособления к жизни в нем.

84. Родители должны воспитывать и оберегать ребенка, помогая ему расти и развиваться здоровым, с учетом его изменяющихся с возрастом способностей. В круг обязанностей родителей и лиц, обеспечивающих уход за детьми, входят использование ненасильственных методов воспитания детей, поощрение здоровых форм поведения и поиск надлежащих медицинских услуг, а также поддержка детей в принятии решений, в том числе решений, касающихся их здоровья. В соответствии со статьей 24 Конвенции о правах ребенка всем родителям и лицам, обеспечивающим уход за детьми, должна предоставляться информация о здоровье ребенка.

## **Е. Образование**

85. Право на образование тесно связано с правом на здоровье. Крепкое здоровье способствует повышению успеваемости; с другой стороны, рост уровня образованности позитивно влияет на здоровье ребенка. Рост уровня образованности девочек и женщин повышает шансы на выживание ребенка, особенно когда это сопровождается мерами по сокращению масштабов нищеты.

86. В статье 24 Конвенции о правах ребенка подчеркивается необходимость получения детьми информации по всем аспектам просвещения в вопросах охраны здоровья в целях осуществления их права на здоровье и обеспечения возможности принимать осознанные решения относительно своего образа жизни и доступа к услугам по охране здоровья. Информационно-просветительская работа должна вестись, в частности, по таким направлениям, как комплексные программы полового воспитания, здоровое питание и поощрение физической активности, предотвращение несчастных случаев и профилактика травматизма, вопросы санитарии и опасность употребления табачной продукции и психоактивных веществ. Эта работа должна охватывать соответствующую информацию о праве ребенка на здоровье, обязанностях правительства, а также о способах и местах доступа к медицинской информации и услугам.

87. Школы призваны играть существенную роль в поощрении здорового образа жизни. Информирование должно осуществляться в качестве неотъемлемой части школьной программы, в процессе оказания медицинских услуг, а также в других условиях для детей, не посещающих школу. Информационные материалы в области охраны здоровья должны разрабатываться совместно с детьми и распространяться через самые разные общественные каналы и социальные сети.

## G. Международное сотрудничество

88. Государства обязаны не только осуществлять право ребенка на здоровье на своей собственной территории, но и содействовать этому в рамках международного сотрудничества в целях осуществления этого права на глобальном уровне. В пункте 4 статьи 24 Конвенции о правах ребенка закреплена обязанность государств и межгосударственных организаций уделять особое внимание приоритетным задачам охраны здоровья ребенка среди наименее обеспеченных слоев населения и в развивающихся государствах. В случае бедствий государства обязаны сотрудничать в деле оказания чрезвычайной и гуманитарной помощи. В таких ситуациях необходимо принимать все возможные меры для обеспечения бесперебойного доступа детей к медицинским услугам, их воссоединения с семьей и их защиты не только путем оказания материальной поддержки (такой, как продукты питания и чистая вода), но и путем обеспечения специального родительского или иного психосоциального ухода для предотвращения страха и психологических травм и их преодоления.

## VI. Рекомендации

89. Несмотря на достигнутый во многих областях прогресс, вопросы охраны здоровья детей по-прежнему вызывают озабоченность во всем мире. Проблемы, рассмотренные в настоящем докладе, представляют собой колоссальные и сложные вызовы, требующие совместных усилий широкого круга сторон, включая государства, международное сообщество, гражданское общество, общины и семьи, а также частный сектор. Для того чтобы дети во всем мире росли и развивались, в полной мере пользуясь всеми своими правами, необходима твердая, долгосрочная приверженность поощрению и защите прав всех детей, включая их право на здоровье.

90. В целях обеспечения осуществления права ребенка на здоровье УВКПЧ рекомендует тем государствам, которые еще не ратифицировали и не имплементировали Конвенцию о правах ребенка, факультативные протоколы к ней и другие международные договоры по правам человека, касающиеся здоровья ребенка, сделать это в приоритетном порядке. Государствам рекомендуется пересмотреть и снять оговорки к статье 24 Конвенции и другим правам, которые могут препятствовать осуществлению права ребенка на здоровье.

91. УВКПЧ рекомендует государствам регулярно сообщать об осуществлении права ребенка на здоровье в их периодических докладах Комитету по правам ребенка и в контексте обзора в рамках механизма универсального периодического обзора Совета по правам человека.

92. Государствам рекомендуется взять на вооружение комплексный подход к осуществлению права ребенка на здоровье, который подразумевает учет других прав, способных повлиять на осуществление данного права. Право ребенка на здоровье должно быть закреплено в национальном законодательстве. В целях обеспечения доступа к услугам и программам здравоохранения государствам следует обеспечить наличие свободной, доступной, простой и своевременной регистрации рождения для всех детей.

93. Государствам следует принять соответствующие законодательные и иные меры в целях осуществления права ребенка на здоровье "в максимальных рамках имеющихся у них ресурсов", обеспечивающие наличие,

доступность, приемлемость и качество базовых услуг здравоохранения для всех детей без какой-либо дискриминации.

94. Государствам рекомендуется провести обзор национального законодательства и мер политики и при необходимости изменить их таким образом, чтобы обеспечить осуществление права ребенка на здоровье. С этой целью необходимо включить в законодательство положения, предусматривающие полный запрет всех форм насилия в отношении детей, включая такую практику, которая наносит вред здоровью ребенка. Следует устранить барьеры для всеобъемлющего информирования о сексуальном и репродуктивном здоровье и получения соответствующих услуг.

95. Государствам рекомендуется также разработать и внедрить комплексную и слаженную систему национальной координации по вопросам охраны здоровья ребенка, основанную на принципах Конвенции о правах ребенка, в целях облегчения сотрудничества между министерствами и государственными органами различных уровней, а также взаимодействия с гражданским обществом.

96. В рамках осуществления права ребенка на здоровье государствам следует вовлекать все слои общества, включая самих детей. При разработке политики, планов и мер, касающихся детей, следует учитывать их мнения.

97. Государствам следует обеспечить всеобщий охват качественными первичными медико-санитарными услугами, в том числе в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.

98. В целях обеспечения равенства и недискриминации государствам следует выявлять и устранять факторы, которые ставят детей в уязвимое положение или создают неблагоприятные условия для определенных групп детей. Необходимо принять позитивные меры или временные специальные меры для обеспечения равенства различных групп детей, включая такие меры, как приоритетное оказание медицинских услуг или выделение ресурсов в тех сферах охраны здоровья ребенка, которые не были охвачены ранее, или в интересах тех групп детей, которые не получают медицинские услуги в полной мере.

99. Государствам рекомендуется придать приоритетное значение вопросам, которым до сих пор уделялось мало внимания, таким как подростковая смертность в странах с низким и средним доходом и проблемы, связанные с психическим здоровьем и самоубийствами среди подростков. Им следует уделять надлежащее внимание основополагающим факторам, определяющим состояние здоровья ребенка, включая, в частности, доступу к минимальному набору безопасных и адекватных с питательной точки зрения пищевых продуктов, минимально необходимому крову, жилью, санитарным услугам, безопасной питьевой воде и здоровой и безопасной окружающей среде.

100. Государствам следует оказывать родителям и лицам, обеспечивающим уход за детьми, поддержку в осуществлении ими своих обязанностей, связанных с правом на здоровье и другими смежными правами, включая, при необходимости, финансовую поддержку.

101. Необходимо создать, укрепить и привести в действие учитывающие интересы ребенка механизмы консультирования, подачи жалоб и отчетно-

сти, с тем чтобы дети имели доступ к эффективным средствам правовой защиты в случае нарушений их права на здоровье и других смежных прав.

102. Государствам следует поощрять просвещение в сфере охраны здоровья как в формальном, так и в неформальном контекстах, в том числе комплексные программы полового воспитания, и обеспечивать включение в школьные программы мер по пропаганде здорового образа жизни, в том числе здорового питания и физической активности.

103. Государствам следует создать комплексные и согласованные системы сбора данных о состоянии здоровья детей, дезаггированных по этапам взросления ребенка, уделяя при этом надлежащее внимание гендерным вопросам и уязвимым группам. Кроме того, в них следует сделать акцент на проблемах, касающихся здоровья, включая новые и ранее игнорировавшиеся причины смертности и заболеваемости, а также насилия, и охватить ключевые факторы, определяющие состояние здоровья ребенка.

104. Государствам следует направить достаточную долю государственных расходов в области здравоохранения на охрану здоровья детей и создать соответствующий механизм для систематической и независимой оценки таких расходов. Государствам рекомендуется внедрить механизмы бюджетного мониторинга и анализа, основанные на правозащитном подходе, а также такие механизмы оценки воздействия на детей, которые позволяют определить, каким образом инвестиции, особенно в сфере здравоохранения, могут служить наилучшему обеспечению интересов ребенка.

105. В рамках международного сотрудничества следует оказывать поддержку государствам в работе их систем здравоохранения и в осуществлении национальных планов в сфере здравоохранения. Донорам следует выявлять основные проблемы в области охраны здоровья ребенка в странах – получателях помощи и решать их в соответствии с приоритетами и принципами, установленными в статье 24 Конвенции о правах ребенка.

106. В соответствии с Руководящими принципами предпринимательской деятельности в аспекте прав человека предприятия частного сектора, оказывающие услуги или финансовую поддержку, которые влияют на здоровье ребенка, обязаны в рамках своей деятельности уважать права детей, включая их право на здоровье. Следовательно, в рамках своей работы предприятия частного сектора должны избегать причинения или усугубления какого-либо вреда здоровью ребенка.

107. В частности, отрасли, производящие продукты питания и напитки, должны ограничить рекламу продуктов питания и напитков, которые вредят здоровью и развитию детей, и, если это применимо, соблюдать положения Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока. Аналогичным образом, предприятия отраслей, производящих табачную и алкогольную продукцию, должны воздерживаться от рассчитанных на детей рекламы, маркетинга и сбыта своей продукции. Предприятия, производящие табачную продукцию, должны выполнять требования Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Частные компании, занимающиеся медицинским страхованием, должны обеспечить отсутствие дискриминации по отношению к беременным женщинам, детям или матерям.

108. Организациям средств массовой информации рекомендуется пропагандировать здоровье и здоровый образ жизни среди детей; бесплатно предоставлять рекламное эфирное время или место для пропаганды здорового образа жизни; обеспечивать защиту частной жизни и конфиденциальности ребенка; не выпускать программы и материалы, которые могут причинить вред ребенку; и не усугублять стигматизацию, связанную с состоянием здоровья.

109. Исследователи, включая коммерческие компании, которые проводят медицинские исследования с участием детей, должны соблюдать принципы и положения Конвенции о правах ребенка и, если это применимо, Международные руководящие принципы по этическим аспектам биомедицинских исследований на людях<sup>22</sup>. Следует поддерживать исследования в целях обеспечения наличия безопасных и надлежащих детских лекарственных препаратов.

---

<sup>22</sup> См. [www.cioms.ch/publications/layout\\_guide2002.pdf](http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf).