



**Економски и
социјален
совет**

Дист.
ОПШТА

Е/С.12/2000/4
11 август 2000

оригинал: АНГЛИСКИ

КОМИТЕТ ЗА ЕКОНОМСКИ,
СОЦИЈАЛНИ И КУЛТУРНИ ПРАВА

Дваесет и втора седница

Женева, 25 април-12 мај 2000

Точка 3 на агендата

СУШТИНСКИ ПРАШАЊА КОИ ПРОИЗЛЕГУВААТ ОД
ИМПЛЕМЕНТАЦИЈАТА НА МЕЃУНАРОДНИОТ ПАКТ ЗА
ЕКОНОМСКИ, СОЦИЈАЛНИ И КУЛТУРНИ ПРАВА

Општ коментар Бр. 14 (2000)

Право на највисокиот достапен стандард на здравје (член 12 од
Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права)

1. Здравјето е основно човеково право кое е неопходно за уживање на останатите човекови права. Секое човечко суштество има право на уживање на највисокиот достапен стандард на здравје, кој придонесува кон живот со достоинство. Остварувањето на правото на здравје може да се постигне преку бројни комплементарни пристапи, како што е формулација на здравствени политики, или имплементација на здравствени програми подготвени од Светската Здравствена Организација (СЗО), или усвојување на конкретни законски инструменти. Покрај тоа, правото на здравје вклучува и одредени компоненти кои се спроведуваат со закон.¹

2. Човековото право на здравје е признаено во бројни меѓународни инструменти. Член 25.1 од Универзалната декларација за човекови права потврдува: “Секој има право на стандард на живот кој е соодветен на неговото/нејзиното здравје и на неговото/нејзиното семејство, вклучително храна, облека, домување и медицинска грижа и неопходни социјални услуги”. Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права го содржи најсеопфатниот член за правото на здравје во меѓународното право за човекови права. Согласно на Член 12.1 од Пактот, државите членки го признаваат “правото на секој да ужива највисок достапен стандард на физичко и ментално здравје”, додека пак Член 12.2 ги набројува, по пат на илустрација, одреден број на “чекори кои треба да ги преземат државите членки ... за да постигнат целосно остварување на ова право”. Покрај тоа, правото на здравје се признава, *меѓу другото*, во член 5 (е) (iv) на Меѓународниот пакт за елиминација на сите форми на расна дискриминација од 1965, во членовите 11.1 (f) и 12 од Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените од 1979 и во член 24 од Конвенцијата за правата на детето од 1989. Неколку регионални инструменти за човекови права, исто така го признаваат правото на здравје, како што е Европската социјална повелба од 1961 според ревидираното (член 11), Африканската повелба на човекови и народни права од 1981 (член 16) и Дополнителниот протокол кон Американската конвенција за човекови права во областа на економските, социјалните и културните права од 1988 (член 10). Исто така, правото на живот беше прогласено од страна на Комисијата за човекови права,² како и во Виенската декларација и програма за акција од 1993 и други меѓународни инструменти.³

3. Правото на здравје е тесно поврзано со и зависи од остварувањето на други човекови права, како што е содржано во меѓународниот закон за права, вклучително и

правата на храна, домување, работа, образование, човечко достоинство, живот, недискриминација, рамноправност, забрана за тортура, приватност, пристап до информации, и слобода на здружување, собирање и движење. Овие и други права и слободи се однесуваат на интегрални делови од правото на живот.

4. При подготовката на член 12 од Пактот, Третиот Комитет на генералното собрание на Обединетите нации не ја усвои дефиницијата за здравје која е содржана во преамбулата на Уставот на СЗО, според која здравјето се конципира како “состојба на физичка, ментална и социјална добросостојба и не само како отсуство на болест или слабост”. Меѓутоа, упатувањето во член 12.1 од Пактот за “највисокиот достапен стандард на физичко и ментално здравје” не е ограничено само на правото на здравствена заштита. Во спротивно, во историјатот на пишувањето и на експлицитните зборови употребени во член 12.2 се потврдува дека правото на здравје опфаќа долга низа на социо-економски фактори со кои се унапредуваат условите во кои луѓето можат да водат здрав живот, и потоа се проширува на основните одредници на здравјето, како што се храната и исхраната, домувањето, пристап до безбедна и питка вода и адекватна канализација, безбедни и здрави работни услови и здрава жива средина.

5. Комитетот е свесен дека за милиони луѓе ширум светот, целосното уживање на правото на здравје сè уште останува далечна цел. Покрај тоа, во повеќето случаи, особено за оние кои живеат во сиромаштија, оваа цел станува сè подалечна. Комитетот ги препознава застрашувачките структурни и други пречки кои произлегуваат од меѓународни и други фактори кои се надвор од контрола на државите, со кои се попречува целосната реализација на член 12 во повеќето држави членки.

6. Во поглед на помошта на државите членки за имплементација на Пактот и за исполнување на нивните обврски за доставување на извештаи, овој генерален коментар се фокусира на нормативната содржина на член 12 (Дел I), обврските на државите членки (Дел II), повредите (Дел III) и имплементација на национално ниво (Дел IV), додека пак обврските на другите чинители покрај државите членки се опфатени во Дел V. Генералниот коментар се заснова на искуството на Комитетот од вршењето преглед на извештаите на државите членки во период од повеќе години.

I. НОРМАТИВНА СОДРЖИНА НА ЧЛЕН 12

7. Член 12.1 содржи дефиниција за правото на здравје, додека пак член 12.2 набројува илустративна неисцрпна листа на примери за обврските на државите членки.

8. Правото на здравје не треба да се разбира како право да се биде *здрав*. Правото на здравје содржи како слобода, така и овластувања. Слободата подразбира право на контрола врз сопственото здравје и тело, вклучително и сексуална и репродуктивна слобода, и правото да се биде слободен од вмешувања, како и право да се биде слободен од тортура, неконсензуален медицински третман и експериментирање. Спротивно на тоа, овластувањата вклучуваат право на систем на здравствена заштита што овозможува рамноправност во можностите за луѓето да уживаат во највисокиот достапен степен на здравје.

9. Поимот “највисок достапен стандард на здравје” во член 12.1 во предвид ги зема како индивидуалните биолошки и социо-економски предуслови така и достапните ресурси во државата. Постојат одреден број на аспекти кои не може да се опфатат единствено во рамките на односот помеѓу државата и поединецот; особено што доброто здравје не може

да го осигура државата, ниту пак државата може да обезбеди заштита од секоја можна причина за нарушено здравје кај човекот. Оттаму, генетичките фактори, поединечната подложност на лошо здравје или прифаќањето на нездрав или ризичен животен стил може да имаат важна улога во однос на здравјето на поединецот. Како резултат на тоа, правото на здравје мора да се разбира како право на уживање на разни услужни капацитети, добра, услуги и услови кои се неопходни за остварување на највисокиот достапен стандард на здравје.

10. Од усвојувањето на двата меѓународни пакта во 1966 дојде до драматична промена со здравствената состојба во светот, а самиот поим здравје помина низ значителни промени, а исто така и поимот доби поголем опсег. Повеќе одредници за здравјето се земаат предвид, како што е распределбата на ресурси и родовите разлики. Една поширока дефиниција на здравје, исто така во предвид ги зема и општествените загрижености, како што е насилството и вооружениот конфликт.⁴ Покрај тоа, претходно непознатите болести, како што се вирусот ХИВ и СИДАТА и други станаа нашироко распространети, како што е и ракот, но и рапидното зголемување на светската популација, доведоа до создавање на нови пречки за остварување на правото на здравје, а кои треба да се земат предвид кога се толкува член 12.

11. Комитетот го толкува правото на здравје, како што е дефинирано во член 12.1, како инклузивно право кое се однесува исто така не само на навремена и соодветна здравствена заштита, туку и на основните одредници на здравјето, како што се пристапот до безбедна и питка вода и соодветна канализација, адекватно снабдување со безбедна храна, исхрана и домување, здрави работни услови и здрава животна средина, и пристап до здравствена едукација и информации, вклучително и за сексуално и репродуктивно здравје. Друг значаен аспект е учеството на популацијата во сите одлуки поврзани со здравјето во заедницата на национално и меѓународно ниво.

12. Правото на здравје во сите свои форми и на сите нивоа ги содржи следните меѓусебно поврзани и суштински елементи, чија прецизна примена зависи од условите кои преовладуваат во одредена земја-членка:

(а) *Расположливост.* Функционални установи за јавно здравје и здравствена заштита, добра и услуги, како и програми мора да бидат достапни во доволен број во земјата членка. Конкретниот вид на установи, добра и услуги ќе се разликува зависно од бројни фактори, вклучително и од развојното ниво на државата членка. Меѓутоа, тие ги вклучуваат и основните одредници за здравјето, како што се безбедна и питка вода за пиење и соодветна канализација, болници, клиники и други здравствени објекти, обучен медицински и стручен кадар кој прима конкурентни плати на национално ниво, и есенцијални лекови, како што е дефинирано во Акциската програма за есенцијални лекови на СЗО.⁵

(б) *Пристапност.* Здравствените установи, добра и услуги⁶ мора да бидат достапни или пристапни на секого без дискриминација, во рамки на јуридикцијата на државата членка. Достапноста или пристапноста има четири димензии кои се преклопуваат:

- (i) Недискриминација: здравствените установи, добра и услуги мора да бидат достапни или пристапни за сите, особено за најранливите или маргинализирани делови од популацијата, според законот и всушност без дискриминација на било кој од забранетите основи.⁷
- (ii) Физичка достапност или пристапност: здравствените установи, добра

и услуги мора да бидат во безбеден физички дофат за сите делови од популацијата, особено за ранливите и маргинализираните групи, како што се етничките малцинства и домородната популација, жени, деца, адолесценти, постари лица, лица со попреченост и лица со ХИВ/СИДА. Достапноста или пристапноста, исто така подразбира дека медицинските услуги и основните одредници на здравјето, како што се безбедна и питка вода и адекватна канализација се во безбеден физички дофат вклучително и за руралните области. Покрај тоа, достапноста или пристапноста исто така вклучува и адекватен пристап за лицата со попреченост до објектите.

- (iii) Економска достапност (може да си допушти): здравствените установи, добра и услуги мора да можат сите да си ги допуштат. Исплатата за здравствените услуги, како и за услугите поврзани со основните одредници на здравјето, мора да се заснова на принципот на правичност, притоа обезбедувајќи дека таквите услуги, независно дали се јавни или приватни, можат да си ги допуштат сите, вклучително и социјално обесправените групи. За таквата правичност неопходно е посиромашните домаќинства да не бидат диспропорционално оптоварени со здравствени трошоци во споредба со побогатите домаќинства.
- (iv) Пристап до информации: пристапноста или достапноста подразбира право да се бараат, примаат и соопштуваат информации и идеи⁸ во врска со здравствени прашања. Меѓутоа, пристапот до информации не треба да го попречува правото на третман на личните здравствени податоци со доверливост.

(v) *Прифатливост.* Сите здравствени установи, добра и услуги мора во предвид да го имаат почитувањето на медицинската етика и да бидат културолошки соодветни, т.е. да се почитува културата на поединци, малцинства, народи и заедници, да бидат по мерка на барањата поврзани со родот и животниот циклус, како и да бидат дизајнирани на начин на кој ќе се почитува доверливоста и ќе се подобри здравствената состојба на оние кои се засегнати.

(г) *Квалитет.* Покрај културолошки прифатливи, здравствените установи, добра и услуги мора исто така да бидат научно и медицински соодветни и со добар квалитет. За тоа, меѓу другото, има потреба од квалификуван медицински кадар, научно одобрени лекови без истечен рок на траење и болничка опрема, безбедна и питка вода и соодветна канализација.

13. Неисцрпната листа на примери во член 12.2 дава водство за дефинирање на постапувањето од страна на државите. Тука се наведени генерички примери за мерки кои произлегуваат од широката дефиниција за правото на здравје која е содржана во член 12.1, притоа илустрирајќи го тоа право како што е даден пример во следните параграфи.⁹

Член 12.2 (а). Право на мајката и детето на здравје и право на репродуктивно здравје

14. “Одредбата за намалување на стапката на мртвородени и на смртноста кај доенчињата и за здрав развој на детето” (член 12.2 (а))¹⁰ може да се разбере како мерки кои се неопходни за подобрување на здравјето на мајките и децата, здравствените услуги за сексуално и репродуктивно здравје, вклучително и пристап до услуги за планирање на семејството, пред и пост натална грижа,¹¹ итни акушерски услуги и пристап до

информации, како и ресурси кои се неопходни за да се постапува по тие информации.¹²

Член 12.2 (б). Право на здрава природна и работна средина

15. “Подобрувањето на сите аспекти на еколошката и индустриската хигиена” (член 12.2 (б)) опфаќа, *меѓу другото*, превентивни мерки во однос на несреќи на работното место и професионални заболувања; условот да се обезбеди адекватно снабдување со безбедна и питка вода и основна канализација; спречување и намалување на изложеноста на популацијата на штетни супстанции како што е радијација и штетни хемикалии или други штетни услови во животната средина кои директно или индиректно влијаат на човековото здравје.¹³ Покрај тоа, индустриската хигиена се однесува на минимизирање на причините за здравствените ризици кои се својствени за работната средина, до степен до кој тоа е разумно применливо.¹⁴ Член 12.2 (б) исто така го опфаќа и адекватното домување и безбедни и хигиенски работни услови, адекватно снабдување со храна и соодветна исхрана, и обесхрабрување на злоупотребата на алкохол, и употребата на тутун, дроги и други штетни супстанции.

Член 12.2 (в). Право на превенција, лекување и контрола на болести

16. “За превенцијата, лекувањето и контролата на епидемски, ендемски, професионални и други заболувања” (член 12.2 (в)) неопходно е да се воведат превентивни и едукативни програми за соодветни здравствени загрижености како што се сексуално преносливите болести, особено ХИВ/СИДА, и оние кои имаат лошо влијание врз сексуалното и репродуктивното здравје, и унапредувањето на социјалните одредници за добро здравје, како што е еколошката безбедност, едукацијата, економскиот развој и родовата еднаквост. Правото на лекување вклучува создавање на систем за итна медицинска нега во случаи на несреќи, епидемии или слични здравствени опасности, и обезбедување на помош при природни непогоди и хуманитарна помош во вонредни состојби. Контролата врз болестите се однесува на поединечните и заедничките заложби на државите за, *меѓу другото*, да стават на располагање релевантни технологии, примена и подобрување на епидемиолошкиот надзор и прибирање на расчленети податоци, имплементација и зајакнување на програмите за имунизација или други стратегии за контрола на заразните болести.

Член 12.2 (г). Право на здравствени установи, добра и услуги¹⁵

17. “Создавањето на услови според кои на сите ќе им се гарантираат медицински услуги и медицинско внимание во случај на болест” (член 12.2 (г)), како физичко, така и ментално, вклучува обезбедување на еднаков и навремен пристап до основни превентивни услуги и услуги за лекување и рехабилитација и здравствена едукација; редовни програми за преглед; соодветен третман на болести со голема преваленца, заболувања, повреди и попреченост, по можност на локално ниво; обезбедување на есенцијални лекови; и соодветен здравствен третман и грижа за менталното здравје. Друг значаен аспект е подобрувањето и зголемувањето на учеството на популацијата во обезбедувањето на здравствени услуги за превенција и лекување, како што е организираноста на здравствениот сектор, системот за здравствено осигурување и особено учеството во политичките одлуки кои се однесуваат на правото на здравје, како на ниво на заедница, така и на национално ниво.

Член 12. Специјални теми со поширока примена

Недискриминација и еднаков третман

18. Во смисла на член 2.2 и член 3, со Пактот се забранува било каква дискриминација

во пристапот до здравствена заштита и основните одредници на здравјето, како и за начините и овластувањата за нивна набавка, врз основа на расата, бојата, полот, јазикот, религијата, политичкото или друго мислење, национално или социјално потекло, имот, раѓање, физичка или ментална попреченост, здравствена состојба (вклучително ХИВ/СИДА), сексуална ориентација и граѓански, политички, социјален и друг статус, чија намера или ефект е да се поништи или попречи еднаквото уживање или остварување на правото на здравје. Комитетот истакнува дека повеќето мерки, како што се повеќето стратегии и програми кои се дизајнирани на начин на кој ќе се елиминира дискриминацијата поврзана со здравјето, може да се проследат со минимални импликации за ресурсите преку усвојување, модификација или укинување на закони или дисеминација на информации. Комитетот потсетува на Генералниот коментар Бр.3, параграф 12, во кој се наведува дека дури и во време на сериозни ограничувања на ресурсите, ранливите членови на општеството мора да се заштитат со усвојување на релативно ефтини таргетираны програми.

19. Во однос на правото на здравје, рамноправноста во пристапот до здравствена заштита и здравствени услуги мора да се истакне. Државите имаат специјална обврска на оние кои немаат доволно средства да им го обезбедат неопходното здравствено осигурување и здравствени установи, и да спречат било каква дискриминација на меѓународно забранети основи во обезбедувањето на здравствена заштита и здравствени услуги, особено во однос на основните обврски поврзани со правото на здравје.¹⁶

Несодветна распределба на ресурсите за здравство може да доведе до дискриминација која може да не биде очигледна. На пример, инвестициите не треба диспропорционално да претпочитаат скапи здравствени услуги за лекување кои честопати им се достапни само на мал, привилегиран дел од популацијата, наместо примарна и превентивна здравствена заштита од која придобивки има поголемиот дел од популацијата.

Родова перспектива

20. Комитетот препорачува дека државите треба да ја интегрираат родовата перспектива во нивните здравствени политики, во планирањето, програмите и истражувањата за се унапредува подоброто здравје кај мажите и жените. Родово базиран пристап подразбира дека биолошките и социо-културолошките фактори играат значајна улога во влијанијата врз здравјето кај мажите и жените. Распределбата на здравствени и социо-економски податоци според полот е од суштинско значење за идентификување и поправка на неправичностите во однос на здравјето.

Жените и правото на здравје

21. За да се елиминира дискриминацијата врз жените, постои потреба да се подготви и спроведе сеопфатна национална стратегија за унапредување на правото на жената на здравје долж целиот животен век. Таквата стратегија треба да вклучува интервенции кои се насочени кон превенција и лекување на заболувања кои ги засегаат жените, како и политики за обезбедување на пристап до целосна низа на висококвалитетна и достапна здравствена заштита, вклучително и услуги за сексуално и репродуктивно здравје. Главната цел треба да биде намалување на здравствените ризици кај жените, особено намалување на стапката на смртност кај родилките и заштита на жените од семејно насилство. За остварување на правото на жената на здравје потребно е да се отстранат сите бариери кои го попречуваат пристапот до здравствени услуги, едукација и информирање, вклучително и во областа на сексуалното и репродуктивното здравје. Исто така, важно е да се преземат превентивни, поправни и промотивни активности за да се заштити жената од влијанието на традиционалните културни практики и норми со кои се одрекуваат севкупните права на репродукција.

Деца и адолесценти

22. Во член 12.2 (а) се прави преглед на потребата да се преземат мерки за намалување на доеначката смртност и да се унапредува здравствениот развој кај децата и доенчињата. Останатите меѓународни инструменти за човекови права пропишуваат дека децата и адолесцентите имаат право на уживање на највисокиот стандард на здравје и пристап до установи за лекување на заболувањата.¹⁷ Со Конвенцијата за правата на децата на државите им се наложува да обезбедат пристап до основните здравствени услуги за детето и неговото/нејзиното семејство, вклучително и пред и пост натална грижа за мајките. Конвенцијата овие цели ги поврзува со обезбедувањето на пристап до информации по мерка на детето и однесување со кое се унапредува здравјето и поддршка за семејствата и заедниците во спроведувањето на овие практики. Имплементацијата на принципот на недискриминираност подразбира дека девојчињата и момчињата имаат еднаков пристап до соодветна исхрана, безбедна средина, и здравствени услуги за физичкото и менталното здравје. Постои потреба од усвојување на ефективни и соодветни мерки за укинување на штетните традиционални практики кои влијаат врз здравјето на децата, особено за девојчињата, вклучително и ран брак, генитално осакатување на девојчињата, преференцијално хранење и грижа за машките деца.¹⁸ Децата со пречки во развојот треба да добијат можност да уживаат во исполнет и пристоеен живот и да учествуваат во нивната заедница.

23. Државите членки треба да обезбедат здрава средина која дава поддршка на адолесцентите, која обезбедува можност за учество во одлуките кои влијаат на здравјето, за развивање на животни вештини, за стекнување на соодветни информации, за добивање на советодавни услуги и за преговарање во однос на изборот кој тие го прават за сопственото здравје. Остварувањето на правото на здравје

кај адолесцентите зависи од развојот на здравствена заштита по мерка на младите, каде се почитува доверливоста и приватноста и вклучува соодветни здравствени услуги за сексуално и репродуктивно здравје.

24. Во сите политики и програми кои имаат за цел да се гарантира правото на здравје за децата и адолесцентите, нивниот најдобар интерес ќе биде предмет на примарно разгледување.

Постари лица

25. Во врска со остварувањето на правото на здравје за постарите лица, Комитетот согласно на параграфите 34 и 35 од Генералниот коментар Бр. 6 (1995), ја потврдува важноста на интегрираниот пристап, со комбинација на здравствен третман од лекување и рехабилитација. Таквите мерки треба да се засноваат на периодични прегледи кај двата пола; физички како и психолошки рехабилитативни мерки кои имаат за цел да се одржи функционалноста и анатомијата на постарите лица; и внимание и грижа за лица со хронични и фатални болести, нивно поштедување од неизбежната болка и овозможување да умрат со достоинство.

Лица со попреченост

26. Комитетот го потврдува параграф 34 од Генералниот коментар Бр. 5, со кој се адресира прашањето за лицата со попреченост во контекст на правото на физичко и ментално здравје. Покрај тоа, Комитетот ја истакнува потребата да се обезбеди сигурност дека не само јавниот здравствен сектор, туку и приватните даватели на здравствени услуги и установи постапуваат согласно на принципот на недискриминираност во врска со лицата со попреченост.

Домородни народи

27. Во поглед на новиот меѓународен закон и пракса и неодамнешните мерки преземени од државите во врска со домородните народи,¹⁹ Комитетот смета дека е корисно да се идентификуваат елементи кои ќе помогнат да се дефинира правото на здравје за домородните народи за да на државите подобро им се овозможи да ги спроведат одредбите содржани во член 12 од Пактот. Комитетот смета дека домородните народи имаат право на специфични мерки за да се подобри нивниот пристап до здравствени услуги и грижа. Здравствените услуги треба да бидат соодветни на културата, притоа во предвид да се зема традиционалната превентивна грижа, практики за лекување и лекови. Државите треба да обезбедат ресурси за домородните народи, за да подготват, испорачаат и контролираат такви услуги за нив, така што тие ќе можат да уживаат во највисокиот достапен стандард на физичко и ментално здравје. Исто така, треба да се заштитат виталните медицински растенија, животни и минерали кои се неопходни за домородните народи за целосно уживање на здравјето. Комитетот, истакнува дека во домородните заедници здравјето на поединецот честопати се поврзува со здравјето на општеството во целина и има колективна димензија. Во тој поглед, Комитетот смета дека развојни активности кои водат кон раселување на домородните народи од нивната традиционална средина и територија што е против нивната волја, одрекување на нивните извори за исхрана и прекинување на нивниот симбиотски однос со земјата има штетно влијание по нивното здравје.

Ограничувања

28. Прашањата кои се однесуваат на јавното здравје се користат понекогаш од страна на државите како основ за ограничување на уживањето на основните права. Комитетот

сака да истакне дека клаузулата за ограничување на Пактот, односно член 4, има примарна намера да се заштитат правата на поединците наместо да се дозволи наметнување на ограничувања од страна на државите. Како резултат на тоа, држава членка која на пример го ограничува движењето или ги затвора луѓето со преносливи болести како што е ХИВ/СИДА, одбива да им дозволи на лекарите да ги лекуваат луѓето за кои се смета дека се противници на владата, или не успеваат да обезбедат имунизација за најголемата заразна болест во заедницата, на основ на национална безбедност или чување на јавниот ред, има товар да даде оправдување за таквите сериозни мерки во однос на секој од елементите идентификувани во член 4. Таквите ограничувања мора да бидат во согласност со закон, вклучително и со меѓународните стандарди за човекови права, компатибилни со карактерот на правата кои се заштитени со пактот, во интерес на легитимните цели кои се следат и се строго неопходни за унапредување на општата добросостојба во демократското општество.

29. Согласно на член 5.1, таквите ограничувања мора да бидат пропорционални, т.е. најмалку рестриктивната алтернатива мора да се усвои кога на располагање има неколку типа на ограничувања. Дури и кога таквите ограничувања на основ на заштита на јавното здравје се во основа дозволени, тие треба да бидат со ограничено времетраење и да подлежат на преглед.

II. ОБВРСКИ НА ДРЖАВИТЕ ЧЛЕНКИ

Општи законски обврски

30. Иако пактот обезбедува прогресивна реализација и признавање на пречките кои произлегуваат од ограничувањата на расположливите ресурси, исто така на државите членки им наметнува разни обврски кои се со моментален ефект. Државите членки имаат моментални обврски во однос на правото на здравје, како што е гаранцијата дека правото ќе се ужива без дискриминација од било каков вид (член 2.2) и обврска да се преземат чекори (член 2.1) кон целосна реализација на член 12. Таквите чекори мора да бидат намерни, конкретни и насочени кон целосна реализација на правото на здравје.²⁰

31. Прогресивната реализација на правото на здравје во одреден временски период не треба да се толкува како лишување на обврските на државите членки од целосно значајна содржина. Наместо тоа, прогресивната реализација значи дека државите членки имаат специфична и континуирана обврска да се придвижуваат колку што е можно поекспедитивно и ефективно кон целосна реализација на член 12.²¹

32. Како и со останатите права од Пактот, постои силна претпоставка дека регресивните мерки кои се преземаат во врска со правото на здравје не се дозволени. Доколку се преземат некакви намерни регресивни мерки, државата членка го има товарот на докажување дека тие мерки биле воведени по највнимателно разгледување на сите алтернативи и дека тие се соодветно оправдани со упатување на севкупноста на правата кои се содржани во пактот во контекст на целосна искористеност на максималните расположливи ресурси на државата членка.²²

33. Правото на здравје, како и сите човекови права, на државите членки им наметнува три типа или нивоа на обврски: обврски за *почитување*, *заштита* и *исполнување*. За возврат на тоа, обврската за исполнување содржи обврски за олеснување, обезбедување и унапредување.²³ Со обврската за *почитување* од државите се бара да се воздржуваат од директно или индиректно вмешување во остварувањето на правото на здравје. Со обврската за *заштита* од државите се бара да преземат мерки со кои трети страни се спречуваат да се вмешуваат во гаранциите дадени со член 12. На крајот, со обврската за *исполнување* од државата се бара да усвои соодветни закони,

административни, буџетски, судски, промотивни и други мерки за целосна реализација на правото на здравје.

Конкретни законски обврски

34. Државите особено се под обврска да го *почитуваат* правото на здравје преку, *меѓу другото*, воздржување од одрекување или ограничување на еднаков пристап за сите лица, вклучително и за затвореници или притвореници, малцинства, баратели на азил и незаконски имигранти до здравствени услуги за превенција, лекување и ублажување на симптомите; воздржување од спроведување на дискриминирачки практики како државна политика; и воздржување од наметнување на дискриминаторски практики кои се однесуваат на здравствената состојба и потреби на жените. Покрај тоа, обврската за почитување подразбира обврска на државата да се воздржува од забрана или попречување на традиционалната превентивна грижа, практики и лекови за лекување, од маркетинг на небезбедни лекови и од примена на присилен медицински третман, освен врз основа на исклучоци за лекување на ментални заболувања или за превенција и контрола на преносливите болести. Таквите исклучоци треба да подлежат на специфични и рестриктивни услови, почитување на најдобрите практики и применливи меѓународни стандарди, вклучително и Принципите за заштита на лица со ментални заболувања и подобрување на менталната здравствена заштита.²⁴ Покрај тоа, државите треба да се воздржуваат од ограничување на пристапот до контрацепција и други средства за одржување на сексуалното и репродуктивното здравје, од цензура, одбивање или намерно погрешно толкување на информации кои се однесуваат на здравјето, вклучително и сексуална едукација и информирање, како и спречување на учеството на луѓето во прашања поврзани со здравјето. Исто така, државите треба да се воздржуваат од незаконско загадување на воздухот, водата и почвата, на пр. преку индустриски отпад од државните индустриски објекти, од користење или тестирање на нуклеарно, биолошко или хемиско оружје доколку резултатите од таквите испитувања при нивно ослободување содржат супстанции кои се штетни по здравјето на луѓето, и од ограничениот пристап до здравствените услуги како казнена мерка, на пр. за време на вооружени конфликти и конфликти во кои се крши меѓународното хуманитарно право.

35. Обврската за *заштита* вклучува, *меѓу другото*, обврски на државата да усвои закони или да преземе други мерки со кои се обезбедува еднаков пристап до здравствена заштита и здравствени услуги кои се обезбедуваат од трети страни; да се обезбеди дека приватизацијата на здравствениот сектор не претставува закана за расположливоста, достапноста, прифатливоста и квалитетот на здравствените установи, добра и услуги; да го контролира маркетингот на медицинската опрема и лековите од страна на трети лица; и да се осигура дека практичарите и здравствените професионалци ги исполнуваат соодветните стандарди за едукација, квалификации и етичкиот кодекс на однесување. Државите, исто така се обврзани да обезбедат дека штетните социјални или традиционални практики не се вмешуваат во пристапот до пред и постнаталната грижа и семејно планирање; да спречи трети страни од присилување на жените да се лекуваат со традиционални практики, на пр. генитално осакатување на жените; и да презема мерки за заштита на сите ранливи или маргинализирани групи во општеството, особено жени, деца, адолесценти и постари лица, во поглед на родово базирано насилство. Државите, исто така треба да се осигураат дека трети страни не го ограничуваат пристапот на луѓето до информации и услуги за здравјето.

36. Со обврската за *исполнување* од државите членки се бара, *меѓу другото*, да покажат доволно признание на правото на здравје во националните политички и правни системи, повеќе по пат на спроведување на законите, и за усвојување на национална здравствена политика со детален план за реализација на правото на здравје. Државите мора да обезбедат здравствена заштита, вклучително и програми за имунизација против

најголемите заразни болести, и да обезбедат еднаков пристап за сите до основните одредници на здравјето, како што се хранлива безбедна храна и здрава вода за пиење, основна канализација и адекватни услови за домување и живеење. Инфраструктурата за јавно здравство треба да обезбедува здравствени услуги за сексуално и репродуктивно здравје, вклучително и безбедно мајчинство, особено во руралните области. Државите треба да обезбедат соодветна обука на лекарите и другиот медицински кадар, да обезбедат соодветен број на болници, клиники и други здравствени установи, и унапредување и поддршка за воспоставување на институции кои вршат советодавна улога и нудат услуги за ментално здравје, со посебен осврт на рамномерната дистрибуција ширум земјата. Другите обврски вклучуваат обезбедување на јавен, приватен или мешовит систем за здравствено осигурување кој е достапен за сите, унапредување на медицинските истражувања и здравствена едукација, како и информативни кампањи, особено во однос на ХИВ/СИДА, сексуално и репродуктивно здравје, традиционални практики, семејно насилство, злоупотреба на алкохол и употреба на цигари, дрога и други штетни супстанции. Исто така, од државите се бара да усвојуваат мерки против професионалните и еколошките здравствени ризици и против било која закана на која укажуваат епидемиолошките податоци. За таа цел, тие треба да формулираат и спроведат национални политики кои имаат за цел намалување и елиминација на загадувањето на воздухот, водата и почвата, вклучително и загадување со тешки метали како што е оловото од бензинот. Покрај тоа, државите членки треба да формулираат, спроведат и периодично да ја ревидираат кохерентната национална политика за минимизирање на ризикот од професионални несреќи и заболувања, како и за обезбедување на кохерентна национална политика за безбедност на работното место и здравствени услуги.²⁵

37. Со обврската за *исполнување (олеснување)* од државите се бара *меѓу другото* да преземат позитивни мерки со кои на поединци и на заедници им се овозможува и помага да го уживаат правото на здравје. Државите членки, исто така се обврзани да *исполнуваат (обезбедуваат)* конкретно право кое е содржано во Пактот кога поединец или група не се во можност, заради причини кои се вон нивна контрола, да го реализираат тоа право самостојно со средствата кои им се на располагање. Обврската за *исполнување (унапредување)* на правото на здравје подразбира дека државите треба да преземат мерки кои значат создавање, одржување и лекување на здравјето на популацијата. Таквите обврски вклучуваат: (i) да се поттикнува препознавањето на фактори со кои се фаворизираат позитивни здравствени резултати, на пр. истражувања и обезбедување на информации; (ii) обезбедување на културолошка соодветност на здравствените услуги, а здравствениот кадар е обучен да препознава и да одговара на конкретните потреби на ранливите и маргинализираните групи; (iii) обезбедување на сигурност дека државата ги исполнува своите обврски за дисеминација на соодветни информации кои се однесуваат на здрав животен стил и исхрана, штетни традиционални практики и расположливост на услуги; (iv) поддршка за луѓето да прават избор за своето здравје врз основа на информации.

Меѓународни обврски

38. Во својот Генерален коментар Бр. 3, Комитетот ја истакнува обврската на сите држави да преземат чекори поединечно или со меѓународна помош и соработка, особено економска и техничка, кон целосна реализација на правата кои се признаваат со Пактот, како што е правото на здравје. Во смисла на член 56 од Повелбата на Обединетите Нации, конкретните одредби од Пактот (членови 12, 2.1, 22 и 23) и Декларацијата од Алма-Ата за примарна здравствена заштита, државите членки треба да ја признаат суштинската улога на меѓународната соработка и да постапуваат согласно на својата обврска за преземање на заеднички и поединечни активности за целосно остварување на правото на здравје. Во тој поглед, државите членки се

упатуваат на Декларацијата од Алма-Ата со која се забранува постоечката голема нерамноправност во здравствената состојба кај луѓето, особено помеѓу развиените и земјите во развој, како и во рамките на државите, и дека тоа е политички, социјално и економски неприфатливо и оттаму претставува општа загриженост за сите земји.²⁶

39. За постапување согласно на меѓународните обврски од член 12, земјите членки мора да го почитуваат уживањето на правото на здравје во други земји, и да спречат трети земји да вршат повреда на тоа право во други земји, доколку тие се во можност да влијаат на тие трети страни со законски и политички средства, согласно на Повелбата на Обединетите Нации и применливиот меѓународен закон. Зависно од расположливоста на ресурсите, државите треба да го олеснат пристапот до основните здравствени установи, добра и услуги во други земји, секогаш кога постои можност и да ја обезбедат потребната помош кога е потребна.²⁷ Државите членки треба да се осигураат дека правото на здравје добива соодветен третман во меѓународните договори и за таа цел треба да се разгледува и развој на други законски инструменти. Во врска со склучувањето на други меѓународни договори, државите членки треба да преземат чекори и да се осигураат дека тие договори немаат штетно влијание врз правото на здравје. Исто така, државите членки имаат обврска да се осигураат дека при нивното постапување како членки на меѓународните организации соодветно во предвид се зема правото на здравје. Според тоа, државите членки кои се членки на меѓународните финансиски институции, имено на Меѓународниот Монетарен Фонд, Светската Банка и регионалните развојни банки, треба да посветуваат поголемо внимание на заштитата на правото на здравје кога вршат влијание за политиките за заеми, договорите за кредити и меѓународните мерки на овие институции.

40. Државите членки имаат заедничка и поединечна одговорност, согласно на повелбата на Обединетите Нации и релевантните резолуции на генералното собрание на Обединетите Нации и на Светското здравствено собрание, да соработуваат во обезбедувањето на помош при катастрофи и хуманитарна помош при вонредни состојби, вклучително и помош за бегалците и внатрешно раселените лица. Секоја држава треба да придонесува кон оваа задача до максимум со своите капацитети. Приоритет во обезбедувањето на меѓународната медицинска помош, дистрибуција и управување со ресурси, како што е безбедна и питка вода, храна и медицински материјали, и финансиска помош треба да се дава на најранливите и најмаргинализираните групи на популацијата. Покрај тоа, имајќи предвид дека некои заболувања се лесно преносливи и преку границите на државите, меѓународната заедница има колективна одговорност да се справи со овој проблем. Економски развиените држави членки имаат посебна одговорност и интерес да помагаат на посиромашните земји во развој во тој поглед.

41. Државите членки треба да се воздржуваат од наметнување на ембарго или слични мерки со кои се ограничува снабдувањето на друга држава со адекватни лекови и медицинска опрема. Ограничувањето на такви добра не треба никогаш да се користи како инструмент за вршење политички и економски притисок. Во тој поглед, Комитетот потсетува на својата позиција, наведена во Генералниот коментар Бр. 8, за соодносот помеѓу економските санкции и почитувањето на економските, социјалните и културните права.

42. Иако само држави се членки на пактот и оттаму ја имаат целосната одговорност за постапување согласно на Пактот, сите членови во општеството – поединци, вклучително и здравствени професионалци, семејства, локални заедници, меѓувладини и невладини организации, организации на граѓанското општество, како и приватниот бизнис сектор – имаат одговорност за реализацијата на правото на здравје. Оттаму, државите членки обезбедуваат средина која го олеснува исполнувањето на тие одговорност.

Клучни обврски

43. Во Генералниот коментар бр. 3, Комитетот потврдува дека државите членки имаат клучна обврска да го обезбедат исполнувањето, или барем минимално основното ниво на секое од правата кои се наведени во Пактот, вклучително и основната примарна здравствена заштита. Тоа треба да се чита заедно со посовремени инструменти, како што е програмата за акција на меѓународната конференција за популација и развој,²⁸ а Декларацијата од Алма-Ата обезбедува принудно водство за клучните обврски кои произлегуваат од член 12. Согласно на тоа, според ставот на Комитетот, во тие клучни обврски спаѓаат следните:

- (а) Обезбедување на правото на пристап до здравствени установи, добра и услуги на недискриминирачка основа, особено за ранливите и маргинализираните групи;
- (б) Да се обезбеди пристап до минимална основна храна која е адекватна и безбедна од аспект на хранливост, и да се обезбеди дека никој нема да гладува;
- (в) Да се обезбеди пристап до основни прифатилишта, домување и канализација, и адекватно снабдување на безбедна и питка вода;
- (г) Да се обезбедат есенцијални лекови, кои од време на време се дефинираат согласно на Акциската програма за есенцијални лекови на СЗО;
- (д) Да се обезбеди еднаква распределба на сите здравствени установи, добра и услуги;
- (е) Да се усвои и спроведе национална стратегија и акциски план за јавно здравје, врз основа на епидемиолошки докази, со што се опфаќаат здравствените проблеми на целата популација; стратегијата и акцискиот план ќе се подготват и периодично ќе се ревидираат врз основа на партиципативен и транспарентен процес; тие ќе вклучуваат методи, како што е правото на здравствени индикатори и одредници, преку кои може внимателно да се следи напредокот; во процесот преку кој ќе се подготвуваат стратегијата и планот, како и нивната содржина, посебно внимание ќе се дава на ранливите и маргинализираните групи.

44. Комитетот, исто така потврдува дека подолу наведените обврски се со споредлив приоритет:

- (а) Да се обезбеди здравствена заштита за репродуктивниот период, за периодот на мајчинство (пренатална и постнатална грижа) и за здравјето на децата;
- (б) Да се обезбеди имунизација за главните заразни болести кои се појавуваат во заедницата;
- (в) Да се преземаат мерки за спречување, лекување и контрола на епидемиски и ендемиски болести;
- (г) Да се обезбедува едукација и пристап до информации кои се однесуваат на главните здравствени проблеми во заедницата, вклучително и методи за нивна контрола и спречување;

(f) Да се обезбедува соодветна обука за здравствениот кадар, вклучително и едукација за здравствените и човековите права.

45. За да се избегне било какво сомневање, Комитетот истакнува дека државите членки и другите чинители имаат посебна одговорност да помагаат, да обезбедуваат “меѓународна помош и соработка, особено економска и техничка”²⁹ што ќе им овозможи на земјите во развој да ги исполнуваат своите клучни и други обврски кои се утврдени со параграфите 43 и 44 погоре.

III. ПОВРЕДИ

46. Кога нормативната содржина од член 12 (Дел I) се применува на обврските на државите членки (Дел II), започнува еден динамичен процес со кој се олеснува идентификувањето на повредите на правото на здравје. Во параграфите подолу наведени се илустрации на повреди на член 12.

47. При одредувањето кои активности или пропусти кои претставуваат повреда на правото на здравје, важно е да се разграничи помеѓу неможноста од неподготвеноста на државата членка да постапува согласно на своите обврски од член 12. Тоа следува од член 12.1, во кој се зборува за највисокиот достапен стандард на здравје, како и од член 2.1 од Пактот, со кој секоја држава членка се обврзува да ги преземе максималните неопходни чекори од своите расположливи ресурси. Држава која е неподготвена максимално да ги користи расположливите ресурси за реализација на правото на здравје врши повреда на обврските од член 12. Доколку заради ограничувања на ресурсите, државата членка не може во целост да ги исполни обврските од Пактот, товарот на докажувањето паѓа на таа држава за да оправда дека направени се секакви можни заложби за да се искористат сите расположливи ресурси за да се исполнат, како прашање на приоритет, обврските кои се наведени погоре. Меѓутоа, треба да се истакне дека во било какви околности една држава членка не може да го оправда непостапувањето по клучните обврски како што е наведено во параграф 43 погоре, од кои не може да се отстапува.

48. Повреди на правото на здравје може да се јават преку директно постапување на државите или други ентитети кои недоволно се регулирани од страна на државата. Усвојувањето на било какви ретроактивни мерки кои не се компатибилни со клучните обврски согласно на правото на здравје, наведени во параграф 43 погоре, претставува повреда на правото на здравје. Повредите преку *постапувањето со извишување* ќе вклучуваат формално отповикување или укинување на закони кои се неопходни за континуирано уживање на правото на здравје или за усвојување на закон или политики кои очигледно не се компатибилни со претходно постоечките домашни или меѓународни законски обврски во врска со правото на здравје.

49. Повредите на правото на здравје може исто така да се јават преку пропуст или неуспех на државата членка да ги преземе неопходните мерки кои произлегуваат од законските обврски. Повредите преку *постапување со пропуштање* вклучуваат неуспех да се преземат соодветни чекори кон целосна реализација на правото на секој за уживање на највисокиот достапен стандард на физичко и ментално здравје, пропуст за воспоставување на национална политика за безбедност на работното место како и здравствени услуги на работното место, и пропуст да се спроведат релевантните закони.

Поведа на обврска за почитување

50. Повредите на обврската за почитување се оние постапувања, политики и закони на државата кои се спротивни на стандардите кои се наведени во член 12 на Пактот и веројатно е дека ќе резултираат во телесни повреди, непотребен морбидитет и морталитет кој може да се спречи. Таквите примери вклучуваат одбивање на пристап до здравствени установи, добра или услуги за одредени поединци или групи како резултат на *de jure* или *de facto* дискриминација; намерно задржување или погрешно толкување на информациите кои се од витално значење за здравствената заштита или лекување; суспензија на закони или усвојување на закони или политики кои се вмешуваат во уживањето на некои од компонентите на правото на здравје; и пропуст на државата во предвид да ги земе своите законски обврски во врска со правото на здравје кога се склучуваат билатерални или мултилатерални договори со други држави, меѓународни

организации и други субјекти, како што се мултинационалните корпорации.

Повреда на обврските за заштита

51. Повредите на обврската за заштита следуваат од пропустот на државата да ги преземе сите неопходни мерки за заштита на лицата во рамки на нејзината јурisdикција од повреда на нивното право на здравје од страна на трети лица. Оваа категорија вклучува пропусти како што е неуспехот да се регулираат активностите на поединци, групи или корпорации за да се спречи нивната повреда на правото на здравје на другите луѓе; неуспех да се заштитат потрошувачите и работниците од пракса која е штетна по здравјето, на пр. од работодавачи и производители на лекови или храна; неуспех да се обесхрабри производството, маркетингот и потрошувачката на тутун, наркотични средства и други штетни супстанции; неуспех да се заштитат жените од насилство или кривично да се гонат сторителите; неуспех да се обесхрабри континуираното придржување кон штетни традиционални медицински или културни практики; и неуспех да се донесат или спроведат закони за спречување на загадувањето на водата, воздухот и почвата преку преработувачката и производствената индустрија.

Повреди на обврската за исполнување

52. Повредите на обврската за исполнување се појавуваат преку неуспехот на државите членки да ги преземат сите неопходни чекори за да се обезбеди реализација на правото на здравје. Примерите вклучуваат пропуст да се усвои или имплементира национална здравствена политика која треба да го обезбеди правото на здравје за сите; недоволно трошоци или погрешна распределба на јавните ресурси што резултира со неостварување на правото на здравје од страна на поединци или групи, особено за ранливите или маргинализираните; неуспех да се следи реализацијата на правото на здравје на национално ниво, на пример преку идентификување на индикатори и одредници за правото на здравје; неуспех во преземањето мерки за намалување на нерамноправната распределба на здравствени установи, добра и услуги; неуспех да се усвои родово сензитивен пристап кон здравјето; и неуспех да се намали стапката на смртност кај мајки и доенчиња.

IV. ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА НА НАЦИОНАЛНО НИВО

Законска рамка

53. Најсоодветните остварливи мерки за спроведување на правото на здравје значително се разликуваат од една до друга држава членка. Секоја држава има одредена маргина на дискреција во оценувањето кои мерки се најпогодни за да се задоволат специфичните околности. Меѓутоа, со Пактот јасно се наметнува обврска на секоја држава да ги преземе било кои неопходни мерки за да обезбеди дека секој има пристап до здравствените установи, добра и услуги за да може да уживаат, колку што е можно поскоро, во највисокиот достапен стандард на физичко и ментално здравје. За тоа е неопходно усвојување на национална стратегија за да се обезбеди дека сите уживаат во правото на здравје, врз основа на принципите на човековите права кои ги дефинираат целите на стратегијата, и формулирањето на политиките и соодветното право на индикатори и одредници за здравјето. Националната здравствена стратегија, исто така треба да ги идентификува расположливите ресурси за да се постигнат дефинираните цели, како и најисплатливиот начин на користење на тие ресурси.

54. При формулирањето и имплементацијата на националните здравствени стратегии и акциски планови треба да се почитуваат, *меѓу другото*, принципите на недискриминираност и учество на луѓето. Особено што правото на поединци и групи да учествуваат во процесот на носење на одлуки кое може да влијае на нивниот развој, мора да претставува интегрален дел од било која политика, програма или стратегија која се развива за да се исполнат владините обврски согласно на член 12. Промовирањето на здравјето мора да вклучува ефективна акција во самата заедница при поставување на приоритети, носење одлуки, планирање, спроведување и оценување на стратегии за да се постигне подобро здравје. Ефективното обезбедување на здравствени услуги може да се гарантира само ако учеството на луѓето е загарантирано од страна на државите.

55. Националната здравствена стратегија и акциски план, исто така треба да се засноваат на принципите на отчетност, транспарентност и независност на судството, бидејќи доброто управување е суштинско за ефективното спроведување на човековите права, вклучително и реализацијата на правото на здравје. За да се создаде поволна клима за остварување на тоа право, државите членки треба да преземат соодветни чекори со кои ќе обезбедат дека приватниот бизнис сектор и граѓанското општество се свесни за и го разгледуваат значењето на правото на здравје при спроведувањето на нивните активности.

56. Државите треба да земат во предвид усвојување на рамковен закон со кој ќе се операционализира нивното право на национална здравствена стратегија. Со рамковниот закон треба да се воспостават национални механизми за следење на имплементацијата на националните здравствени стратегии и акциски планови. Треба да вклучува одредби за целите кои треба да се постигнат и временска рамка за нивно остварување; начините преку кои може да се постигнат одредниците за здравје; намерите за соработка со граѓанското општество, вклучително и здравствени експерти, приватниот сектор и меѓународните организации; институционалната одговорност за имплементација на правото на национална здравствена стратегија и акциски план; и можни процедури за ресурси. При вршењето мониторинг на напредокот кон реализацијата на правото на здравје, државите членки треба да идентификуваат фактори и тешкотии кои влијаат на спроведувањето на нивните обврски.

Право на здравствени индикатори и одредници

57. Националните здравствени стратегии треба да го идентификуваат соодветното право на здравствени индикатори и одредници. Индикаторите треба да бидат дизајнирани за мониторинг на национално и меѓународно ниво на обврските на државата членка согласно на член 12. Државите можат да обезбедат водство во однос на соодветното право на здравствени индикатори, кое треба да се однесува на разни аспекти од правото на здравје, од тековната работа на СЗО и на Фондот за деца на обединетите Нации (УНИЦЕФ) во тој поглед. Правото на здравствени индикатори подразбира нивна распределба според забранетите основи на дискриминација.

58. Откако ќе го идентификуваат соодветното ниво на здравствени индикатори, државите членки се повикуваат да воспостават соодветни национални одредници во однос на секој од индикаторите. За време на процедурата за доставување на периодични извештаи, Комитетот ќе се ангажира околу процесот на преглед заедно со државата членка. Таквиот преглед подразбира заедничко разгледување од страна на Комитетот и на државата членка на индикаторите и на националните одредници, кои потоа ќе ги дадат целите кои треба да се постигнат за следниот период на известување. Во следните пет години, државата членка ќе се служи со националните одредници за се помогне мониторингот на имплементацијата предвидена со член 12. Потоа, во текот на

последователниот процес на известување, државата членка и Комитетот ќе разгледуваат дали одредниците биле постигнати или не, и причините за тешкотиите со кои можеби се соочиле.

Правни лекови и отчетност

59. Секое лице или група кои се жртва на повреда на правото на здравје треба да имаат пристап до ефективни судски или други соодветни правни лекови на национално и на меѓународно ниво.³⁰ Сите жртви на такви повреди треба да имаат право на соодветна поправка, која може да биде во форма на реституција, надомест, сатисфакција или гаранција за неповторливост. Националниот народен правобранител, комисиите за човекови права, форумите за потрошувачи, асоцијациите за права на пациентите или слични институции треба да се справуваат со повредите на правото на здравје.

60. Инкорпорирањето на меѓународните инструменти со кои се признава правото на здравје во домашниот правен поредок може значително да го зголемат опсегот и ефективноста на поправните правни мерки и тоа треба да се поттикнува во сите случаи.³¹ Таквото инкорпорирање на судовите им овозможува да пресудуваат кога има повреда на правото на здравје, или најмалку за клучните обврски преку директно упатување на Пактот.

61. Судиите и останатите правници треба да се охрабруваат од страна на државите членки да посветуваат поголемо внимание на повредите на правото на здравје при вршењето на нивната функција.

62. Државите членки треба да ја почитуваат, штитат, олеснуваат и промовираат работата на застапниците за човекови права и на останатите членови на граѓанското општество во поглед на давање помош на ранливите и маргинализираните групи при реализацијата на нивното право на здравје.

V. ОБВРСКИ НА ДРУГИ ЧИНители ПОКРАЈ ДРЖАВИТЕ ЧЛЕНКИ

63. Улогата на агенциите и програмите на Обединетите Нации, и особено клучната функција која е доделена на СЗО за реализација на правото на здравје на меѓународно, национално и регионално ниво е од особена важност, како и функцијата на УНИЦЕФ во однос на правото на здравје на децата. Кога се формулира и спроведува нивното право на национални здравствени стратегии, државите членки треба да ја користат техничката помош и соработка со СЗО. Потоа, при подготовката на нивните извештаи, државите членки треба да ги користат опсежните информации и советодавни услуги на СЗО во однос на собирањето на податоци, нивната распределба и развојот на правото на здравствени индикатори и одредници.

64. Покрај тоа, координираните заложби за реализација на правото на здравје треба да се одржуваат за да се зајакне интеракцијата помеѓу сите засегнати чинители, вклучително и различните компоненти на граѓанското општество. Согласно на членовите 22 и 23 од Пактот, СЗО, Меѓународната организација на трудот, Развојната Програма на Обединетите Нации, УНИЦЕФ, Фондот за Популација на Обединетите Нации, Светска Банка, регионалните развојни банки, Меѓународниот Монетарен Фонд, Светската трговска организација и други релевантни тела во системот на Обединетите Нации, треба да имаат ефективна соработка со државите членки, надградувајќи ја својата соодветна експертиза во врска со спроведувањето на правото на здравје на национално ниво, со соодветна

почит за нивните поединечни мандати. Особено што, меѓународните финансиски институции, имено Светска Банка и Меѓународниот Монетарен Фонд, треба да посветуваат поголемо внимание на заштитата на правото на здравје во нивните политики за заеми, договори за кредити и програми за структурни прилагодувања. Кога се разгледуваат извештаите на државите членки и нивната способност за исполнување на обврските од член 12, Комитетот ќе ги разгледува ефектите на помошта која се обезбедува од страна на сите чинители. Усвојувањето на пристап кој се заснова на човековите права од страна на специјализираните агенции, програми и тела на Обединетите Нации значително ќе ја олесни имплементацијата на правото на здравје. Во текот на разгледувањето на извештаите на државите членки, Комитетот исто така ќе ја разгледа и улогата на асоцијациите на здравствените професионалци и на други невладини организации во врска со обврските на државата согласно на член 12.

65. Улогата на СЗО, Канцеларијата на Високиот комесар за бегалци на Обединетите Нации, Меѓународниот комитет на Црвениот Крст и УНИЦЕФ, како и невладините организации и националните медицински асоцијации, се од особена важност за помошта при елементарни непогоди и хуманитарна помош во време на вонредни состојби, вклучително и помош за бегалците и внатрешно раселените лица. Приоритет во обезбедувањето на меѓународна медицинска помош, дистрибуција и раководење со ресурси, како што е безбедна и питка вода, храна и медицински материјали, и финансиска помош треба да се даде на најранливите и најмаргинализираните делови од популацијата.

Усвоено на 11 мај 2000.

Белешки

¹ На пример, принципот на недискриминаност во однос на здравствените установи, добра и услуги се спроведува со закон во повеќето национални јурисдикции.

² Во својата резолуција 1989/11.

³ Принципите за заштита на лица со ментални заболувања и за подобрување на заштитата на менталното здравје усвоени од Генералното Собрание на Обединетите Нации во 1991(резолуција 46/119) и Генералниот коментар бр. 5 на Комитетот за лица со попреченост се применува за лицата со ментални заболувања; Програмата за акција на меѓународната конференција за популација и развој одржана во Каиро во 1994, како и Декларацијата и Програмата за акција на Четвртата светска конференција за жени одржана во Пекинг во 1995 содржат дефиниции за репродуктивното здравје на жените и за здравјето на жените.

⁴ Заеднички член 3 од Женевската Конвенција за заштита на жртви на војна (1949); Дополнителен протокол I (1977) кој се однесува на заштита на жртвите од меѓународни вооружени конфликти, член. 75 (2) (а); Дополнителен протокол II (1977) кој се однесува на заштитата на жртвите на немеѓународни вооружени конфликти, член. 4 (а).

⁵ Види СЗО Модел на листа на есенцијални лекови, ревидирана во декември 1999, СЗО Информации за лекови, издание 13, Бр. 4, 1999.

⁶ Освен доколку не е поинаку наведено, било кое упатување на Генералниот коментар

за здравствени установи, добра и услуги ги вклучува основните одредници на здравјето во параграф 11 и 12 (а) од овој Генерален Коментар.

⁷ Види параграф 18 и 19 од овој Генерален Коментар.

⁸ Види член 19.2 од Меѓународниот пакт за граѓански и политички права. Овој Генерален коментар посебен акцент става на пристапот до информации заради посебната важност на ова прашање во однос на здравјето.

⁹ Во литературата и праксата кои се однесуваат на правото на здравје, најчесто се упатува на три нивоа на здравствена заштита: *примарната здравствена заштита* вообичаено се однесува на обични и релативно мали заболувања и ја обезбедуваат медицински професионалци и/или генерално обучени лекари кои работат во заедницата за релативно мал трошок; *секундарна здравствена заштита* се обезбедува во центрите, вообичаено во болниците, и тоа обично се однесува на релативно вообичаени помали или тешки заболувања кои не може да се лекуваат на ниво на заедница, а работата ја вршат специјално обучени медицински професионалци и лекари, со специјална опрема и понекогаш со хоспитализација на пациентите за релативно високи трошоци; *терцијарна здравствена заштита* се обезбедува во релативно малку центри, вообичаено се работи на мал број на помали или сериозни заболувања за кои има потреба од специјално обучени медицински професионалци и лекари и специјална опрема, и честопати тоа е релативно скапо. Бидејќи формата на примарната, секундарната и терцијарната здравствена заштита честопати се преклопуваат и честопати се во меѓусебна поврзаност, употребата на оваа типологија не секогаш дава доволно разни критериуми кои ќе помогнат да се оцени кои нивоа на здравствена заштита државите членки мора да ги обезбедуваат, и затоа помошта е ограничена кога станува збор за нормативното разбирање на член 12.

¹⁰ Според СЗО, стапката на смртност при раѓање повеќе не се користи генерално, туку се мери стапката на смртност на доенчиња и на деца под 5 годишна возраст поодделно.

¹¹ *Пренатално* означува одредено постоење или појава пред раѓањето; *перинатално* се однесува на периодот кратко пред и по раѓањето (во медицинската статистика периодот започнува со завршувањето на 28 недела од зачнувањето и различно се дефинира во однос на тоа дали завршува една до четири недели по раѓањето); *неонатално*, наспроти тоа го опфаќа периодот кој се однесува на првите четири недели по раѓањето; додека пак *постнатално* означува појава по раѓањето. Во овој Генерален коментар, погенеричките термини пренатално и постнатално се употребуваат исклучително.

¹² Репродуктивно здравје значи дека жената и мажот имаат слобода да одлучат дали и кога да се репродуцираат и нивното право да бидат информирани и да имаат пристап до безбедни, ефективни, достапни и прифатливи методи за планирање на семејството по нивни избор, како и право на пристап до соодветни здравствени услуги кои на пример ќе им овозможат на жените безбедна бременост и пораѓање.

¹³ Во овој поглед, Комитетот го истакнува Принципот 1 од Декларацијата од Стокхолм од 1972 во која се наведува: “Мажите имаат основно право на слобода, еднаквост и адекватни услови за живот, во квалитетна средина која дозволува живот со достоинство и благосостојба”, како и според неодамнешниот развој на меѓународниот закон, вклучително и резолуцијата на генералното собрание 45/94 за потребата да се обезбеди здрава средина за благосостојба на поединците; Принцип 1 од Декларацијата Рио; и регионалните инструменти за човекови права како што е член 10 од Протоколот Сан Салвадор кон Американската конвенција за човекови права.

¹⁴ МОТ Конвенција Бр. 155, член. 4.2.

¹⁵ Види параграф 12 (б) и белешка 8 погоре.

¹⁶ За клучните обврски, види параграф 43 и 44 на овие Генерални коментари.

¹⁷ Член 24.1 од Конвенцијата за правата на детето.

¹⁸ Види резолуција на Светското здравствено собрание WHA47.10, 1994, насловена “Здравјето на мајките и децата и планирањето на семејството: традиционални практики кои се штетни за здравјето на жените и децата”.

¹⁹ Неодамнешната појава на меѓународни норми кои се релевантни за домородните луѓе ја вклучуваат МОТ Конвенцијата Бр. 169 која се однесува на домородни и племенски народи во независните земји (1989); член 29 (в) и (г) и 30 од Конвенцијата за правата на детето (1989); член 8 (j) од Конвенцијата за биолошки диверзитет (1992), со која се препорачува дека државите го почитуваат, заштитуваат и одржуваат знаењето, иновациите и практиките на домородните заедници; Агенда 21 на Конференцијата за животна средина и развој на Обединетите Нации (1992), особено поглавје 26; и Дел I, параграф 20 од Виенската декларација и програма за акција (1993) каде се наведува дека државите треба да преземат концентрирани позитивни чекори за обезбедување на почит за сите човекови права на домородните народи врз основа на недискриминација. Исто така, види преамбула и член 3 од Рамковната конвенција за климатски промени на Обединетите Нации (1992); и член 10 (2) (е) од Конвенцијата на Обединетите Нации за борба против дезертификација на земјите кои се соочуваат со сериозни суши, особено во Африка (1994). Во текот на последните години, сè поголем број на држави ги изменија своите уставни и воведоа закони со кои се признаваат посебните права на домородните народи.

²⁰ Види Генерален коментар Бр. 13, параграф 43.

²¹ Види Генерален коментар Бр. 3, параграф. 9; Генерален коментар Бр. 13, параграф 44.

²² Види Генерален коментар бр. 3, параграф 9; Генерален коментар Бр. 13, параграф 45.

²³ Според Генералниот коментар Бр. 12 и 13, обврската за исполнување вклучува обврска за *олеснување* и обврска за *обезбедување*. Во овој Генерален коментар, обврската за исполнување, исто така вклучува и обврска за *унапредување* заради клучната важност на унапредувањето на здравјето во работата на СЗО и на други места.

²⁴ Резолуција на Генералното Собрание 46/119 (1991).

²⁵ Елементи на таквата политика се идентификување, одредување, авторизација и контрола на опасни материјали, опрема, супстанции, агенсии и работни процеси; обезбедување на здравствени информации за работниците и ако е потребно обезбедување на адекватна заштитна облека и опрема; спроведување на законите и регулативите преку адекватни инспекции; услов за известување за незгоди на работното место и професионални заболувања, спроведување истраги за сериозни незгоди и заболувања, и подготовка на годишна статистика; заштита на работниците и нивните претставници од дисциплинарни мерки за активности кои соодветно се преземени од нивна страна согласно на една таква политика; и обезбедување на услуги за здравје на

работното место со основни превентивни функции. Види МОТ Конвенција за безбедност и здравје при работа, 1981 (Бр. 155) и Конвенција за здравствени услуги на работното место, 1985 (Бр. 161).

²⁶ Член II, Декларација од Алма-Ата, Извештај од меѓународната конференција за примарна здравствена заштита, Алма-Ата, 6-12 септември 1978, во: Светска здравствена организација, “Здравје за сите” серија, Бр. 1, СЗО, Женева, 1978.

²⁷ Види параграф 45 од овој Генерален коментар.

²⁸ Извештај од Меѓународната конференција за популација и развој, Каиро, 5-13 септември 1994 (публикација на Обединетите Нации, Продажба Бр. E.95.XIII.18), поглавје I, резолуција 1, анекс, поглавја VII и VIII.

²⁹ Пакт, член 2.1.

³⁰ Независно дали групите како такви може да бараат правни лекови како посебни носители на права, државите членки се обврзани со колективната и индивидуалната димензија на член 12. Колективните права се од клучна важност во областа на здравјето; модерните политики за јавно здравје се потпираат во голема мерка на превенцијата и унапредувањето кои се пристапи насочени директно кон групите.

³¹ Види Генерален коментар Бр. 2, параграф 9.
