Международная конференция труда, 98-я сессия 2009 г.

Доклад IV (1)

ВИЧ/СПИД и сфера труда

Четвертый пункт повестки дня

Международное бюро труда Женева

ISBN 978-92-2-420640-5
ISSN 0251-3730

Первое издание, 2008

Названия, соответствующие принятой в Организации Объединенных Наций практике, и изложение материала в настоящей публикации не являются выражением какого-либо мнения Международного бюро труда ни о правовом статусе любой страны, района или территории, или их властей, ни о делимитации их границ.
Упоминание названий фирм и коммерческих изделий и процессов не означает их одобрения Международным бюро труда, как и отсутствие упоминания конкретной фирмы, коммерческого изделия или процесса не свидетельствует об их неодобрении.
Издания Международного бюро труда имеются в продаже в крупных магазинах или местных бюро МБТ во многих странах; их можно также получить непосредственно в Международном бюро труда; просьба обращаться по адресу: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Там же можно получить каталог изданий МБТ или список последних изданий, либо по электронной почте pubvente@ilo.org. Посетите наш Интернет-сайт: www.ilo.org/publns.

Компьютерная верстка TTR: индекс Confrep-ILC98-IV(1)-2007-11-271-Ru.doc

Отпечатано Международным бюро труда, Женева, Швейцария

Содержание

Стр.

Список встречающихся сокращений v

Введение 1

Причины, побудившие предложить разработку новой рекомендации 1

Глава I. ВИЧ/СПИД и сфера труда 5

Глобальные и региональные тенденции в области ВИЧ/СПИДа 5
Тенденции, проявляющиеся в сфере труда 7
Сфера труда в центре практических действий 8
Неформальная экономика и ВИЧ/СПИД 9
Международные действия по борьбе с ВИЧ/СПИДом 12
Глобальные обязательства 12
Действия Совместной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 13
Действия МОТ 20
Изменения в рамках международных ответных мер 25
Поднятие ответных мер на новую высоту 27
Изменения, требующие принятия Рекомендации МОТ 29

Глава II. Основные области практических мер 31

Всеобщий доступ к мерам профилактики, лечения, ухода и поддержки 31
Проблемы прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом 32
Элементы всеобщего доступа к мерам профилактики и лечения 39
Всеобщий доступ к мерам профилактики 39
Всеобщий доступ к лечению, уходу и поддержке 41
Проведение анализов, скрининг и конфиденциальность 50
Формы и методы проведения анализов на ВИЧ 52
Риски и уязвимость 54
Более широкие социальные, экономические и политические факторы 54
Поведение и факторы риска 61

Глава III. Ситуация на национальном и региональном уровнях 67

Законодательство и практика на национальном уровне 67
Общенациональные меры политики и стратегии 69
Национальные координационные органы 70
Принятие конкретных национальных мер 71

Включение принципов, содержащихся в Своде практических правил МОТ, в национальное законодательство ... 74
Вопросы, касающиеся проведения анализов и конфиденциальности в национальном законодательстве и практике ... 77
Исключения из правил запрета на обязательное проведение анализов ... 79
Конфиденциальность ... 80
Раскрытие результатов анализов на ВИЧ ... 82
Законодательство и практика на региональном уровне ... 82
Действия делового сообщества ... 84
Роль трехсторонних участников МОТ ... 86
Совместные заявления и меры политики ... 87
Инициативы и действия организаций работодателей ... 89
Акции и действия организаций работников ... 90

Глава IV. Соображения, касающиеся предлагаемой Рекомендации ... 95

Развитие ситуации после принятия Свода практических правил МОТ ... 95
Форма и содержание предлагаемой Рекомендации ... 96
Возможные подходы ... 96
Преамбула ... 97
Сфера охвата ... 97
Национальная политика ... 98
Работодатели и работники ... 98
Последующие меры по Рекомендации ... 99

Вопросник ... 103

Форма акта ... 103
Преамбула ... 104
I. Определение и сфера охвата ... 107
II. Национальная политика ... 108
III. Принципы ... 111
a) Общие принципы ... 111
b) Дискриминация ... 112
c) Социальный диалог ... 113
d) Безопасность и гигиена труда ... 114
e) Проведение анализов и конфиденциальность информации ... 115
f) Профилактика, лечение, уход и поддержка ... 116
g) Обучение ... 118
h) Трудящиеся мигранты ... 119
i) Дети и молодежь ... 119
i) Государственные службы ... 120
IV. Последующие меры ... 121
V. Специальные проблемы ... 121

Приложения

I. Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» ... 123

II. Неполный перечень национальных законодательных актов и мер политики по вопросам ВИЧ/СПИДа ... 151

III. Национальные законодательные акты по ВИЧ/СПИДу и направления политики ... 161

Список встречающихся сокращений

АПЕК	Азиатско-Тихоокеанское экономическое сотрудничество
АРЛ	антиретровирусные лекарственные препараты
БГТ	безопасность и гигиена труда
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПП	Всемирная продовольственная программа
ВЭФ	Всемирный экономический форум
ГАМЕТ	Глобальная группа поддержки мониторинга и оценки проектов по борьбе с ВИЧ/СПИДом
ГБП	Глобальное бизнес-партнерство по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией
ГИК	Глобальная инициатива Клинтона
ГФАТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ЕС	Европейский союз
ИКАО	Международная организация гражданской авиации
ИПЕК	Международная программа по упразднению детского труда
КАРИКОМ	Карибское сообщество и общий рынок
МКСП	Международная конфедерация свободных профсоюзов (слилась в ВКТ (и другими восемью национальными профсоюзами) и сформировала Международную конфедерацию профсоюзов (МКП))
МОР	Международная организация работодателей
МОТ	Международная организация труда
МСМ	мужчины, практикующие секс с мужчинами
МСП	малые и средние предприятия
НЕПАД	новое партнерство в целях развития Африки
ООН	Организация Объединенных Наций
ПЕПФАР	Чрезвычайная программа президента США по СПИДу
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ППИ	передающиеся половым путем инфекционные заболевания
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций

ПРСП	документы о стратегиях сокращения масштабов бедности
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
СПДС	стратегия и план действий по борьбе со СПИДом
СПДТ	Страновые программы достойного труда
ТВ	туберкулез
УВКБ ООН	Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев
УНПООН	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЭДЮКЭЙДС	Глобальная инициатива в области обучения по ВИЧ/СПИДу
ЭКОВАС	Экономическое сообщество Западной Африки
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению
ЮНЭЙДС	Совместная программа по ВИЧ/СПИДу
WEDGE	Программа по развитию предпринимательства среди женщин и гендерному равенству

Введение

1. На своей 298-й сессии (март 2007 г.) Административный совет предложил Бюро включить вопрос о ВИЧ/СПИДе и сфере труда в повестку дня 98-й сессии (2009 г.) Международной конференции труда для двукратного обсуждения в целях принятия отдельной рекомендации.

2. Было сочтено необходимым принять международную трудовую норму в форме отдельной рекомендации по данному вопросу, с тем чтобы заострить внимание на данной теме на национальном и международном уровнях, оказать содействие объединенным усилиям основных заинтересованных сторон, занимающихся проблемами ВИЧ/СПИДа, и добиться расширения резонанса Свода практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» (2001 г.) (далее – Свод практических правил МОТ), равно как и других действий, а также проанализировать изменения ситуации после 2001 года. Указанный Свод практических правил воспроизведен в приложении к настоящему докладу.

3. В силу ограниченности времени, отведенного на подготовку настоящего доклада о законодательстве и практике, работа над ним осуществлялась на основе материалов, представленных государствами-членами в ответ на предыдущие обследования, выводы совещаний экспертов и другие источники, имеющиеся в распоряжении Международного бюро труда. Подходы, описанные в настоящем докладе, являются типичными образцами применяемой практики и позволяют отобрать наиболее важные вопросы для обсуждения.

Причины, побудившие предложить разработку новой рекомендации

4. По поводу включения данного пункта в повестку дня Конференции, в документе Бюро приводился целый ряд аргументов. Первый из них заключался в том, что в большинстве национальных нормативных актов, уже принятых или находящихся в процессе подготовки, предусматриваются основополагающие принципы недопущения дискриминации. Однако, число и характер предусмотренных принципов различаются друг от друга. Не во всех случаях в этих актах выдерживаются рекомендации, предусмотренные в Своде практических правил МОТ. Свод является добровольным актом; его понимание и реализация носят дискреционный характер, и в нем отсутствует положение, которое бы касалось контроля за качеством или масштабами его использования, как это происходит в случае, когда речь идет о нормативном акте. Например, такие положения, как обязательный характер проведения анализов или обязательства о раскрытии состояния лица с точки зрения ВИЧ-инфекции – оба положения противоречат принципам Свода – фигурируют в национальных законодательстве и политике, которые соответствуют другим принципам Свода практических правил МОТ.

5. Более того, рекомендации, содержащиеся в Своде практических правил, предполагают, что министерства, отвечающие за вопросы труда и занятости, выступают в качестве полноправных партнеров в ходе проведения национальных мероприятий в

области ВИЧ/СПИДа. В реальности же национальные стратегии, направленные на борьбу с ВИЧ/СПИДом, зачастую дают сбои, поскольку основные заинтересованные стороны, такие как органы регулирования вопросов труда и инспекторские службы, а также социальные партнеры, не участвуют в проведении этих мер. Поскольку многие национальные органы, занимающиеся проблемами СПИДа, не привлекают к своей работе представителей сферы труда, трудно добиться критической массы передовой практики или четкого видения того, каким образом можно содействовать соблюдению рекомендаций Свода практических правил на рабочих местах. Безусловно, из тех примеров законодательной и повседневной практики, которые приводятся в настоящем докладе, явствует, что, хотя практически все страны предпринимают шаги по борьбе с ВИЧ/СПИДом – и в некоторых случаях речь идет о весьма решительных и эффективных шагах – некоторые аспекты их реагирования не учитываются в ходе национального планирования и проведения практических мероприятий. Такие национальные мероприятия иногда не затрагивают интересов значительных слоев населения, особенно занятых в неформальной экономике. Международный акт помог бы заложить основу институциональному трехстороннему присутствию в рамках единого национального органа, занимающегося проблемами СПИДа, и содействовал бы нахождению общих ответов в рамках Организации Объединенных Наций.[1]

6. Существующие нормы МОТ, в которых рассматриваются различные вопросы, связанные с эпидемией ВИЧ, подробно анализируются в главе II.[2] В 2006 году МОТ приняла Конвенцию о труде в морском судоходстве, в которой содержатся два конкретных указания на ВИЧ/СПИД – в международном нормативном акте это было сделано впервые. Помимо этого, в 2007 году после принятия Конвенции о труде в рыболовном секторе Международная конференция труда приняла резолюцию о содействии благополучию и бытовому обслуживанию рыбаков, в которой Административному совету Международного бюро труда предлагалось поручить генеральному директору рассмотреть следующие социальные вопросы, касающиеся рыбопромысловых хозяйств в рамках программы и бюджета Организации: «обучение рыбаков и членов их семей в сотрудничестве с соответствующими органами и организациями в целях профилактики ВИЧ/СПИДа среди рыбаков и в объединениях рыбаков».[3] Кроме того, учитывая распространенность этой эпидемии и взаимоперекликающуюся стратегию, проводимую МОТ, Бюро в большинстве своих программ уделяло внимание этой теме. Однако, конкретные меры не всегда отличались достаточной скоординированностью, как того хотелось бы, и новая рекомендация будет более соответствовать потребности согласования действий МОТ по проблематике ВИЧ/СПИДа и сфере труда, причем самым широким и согласованным фронтом, и она станет более прочным объединяющим принципом, чем просто добровольный свод практических правил, что, в свою очередь, позволит активизировать прилагаемые усилия.

7. При включении данного пункта в повестку дня Конференции Административный совет придерживался мнения, что норма могла бы дать возможность более четко разграничить ответственность государства и роль социальных партнеров, особенно в том, что касается мер лечения, ухода и поддержки. Она позволила бы оставить на

[1] Согласованные усилия прилагаются многосторонними учреждениями и сообществом доноров к тому, чтобы способствовать и поддерживать единый национальный орган, занимающийся проблемами СПИДа, систему составления программ и контроля за их проведением в каждой стране («три единых» принципа), а также обеспечивать более активные и согласованные действия на страновом уровне Организации Объединенных Наций (как это рекомендовано Глобальной целевой группой по совершенствованию координации в области ВИЧ/СПИДа и утверждено Административным советом МБТ в марте 2006 г.).

[2] См. соответствующую вставку в GB.297/2 и ниже в главе IV. Эти акты – лишь некоторые из тех, которые касаются ВИЧ/СПИДа, даже, хотя в них конкретно не указывается на это.

[3] МОТ: *доклад Комитета по рыбловному сектору*, Международная конференция труда, 96-я сессия, Женева, 2007, по адресу http:/www.ilo.int/public/english/standards/relm/ilc/ilc96/pdf/pr-12.pdf

усмотрение правительств выбор мер по проведению политики как законодательным путем, благодаря нормативно-правовым актам, коллективным договорам между работодателями и работниками и их организациями, благодаря постановлению судов или иными методами, соответствующим национальным условиям и практике, что позволило бы учесть особенности каждого национального государства. Таким образом, это позволило бы предусмотреть необходимую гибкость для учета самых разнообразных условий во всех странах мира и обеспечить, чтобы эта норма носила всеобщий характер и при этом закладывала принципы более полного равноправия с точки зрения доступа к услугам всеохватывающего характера.

8. Хотя применение рекомендации, безусловно, носит добровольный характер, после ее принятия она должна быть представлена компетентным национальным органам, в соответствии с пунктом 6 статьи 19 Устава «для принятия закона или другими путями». Это открыло бы возможность для МОТ и ее трехсторонних участников проведения в каждой стране дискуссий относительно надлежащих мер по борьбе с эпидемией ВИЧ и позволило бы критически осмысливать уже проводимые меры. Помимо этого, рекомендация могла бы стать предметом запросов в отношении докладов, направляемых в соответствии со статьей 19 Устава, и последующих общих обзоров по данной теме Комитетом экспертов по применению конвенций и рекомендаций или же каких-либо дальнейших мер. Ни одно из этих обязательств не относится к Своду практических правил МОТ.

9. В рекомендацию вошли бы подробные указания и были бы предусмотрены возможности эффективных практических мер. Такие рекомендации ни в коей мере не ущемили бы действенности Свода практических правил и не повлекли бы за собой превращения Свода в акт какой-либо иной формы. Когда Административный совет включил этот пункт в повестку дня Конференции, он не санкционировал ни какого-либо пересмотра Свода практических правил, ни сужения содержащихся в нем норм. Руководящие принципы, содержащиеся в рекомендации, скорее были бы ориентированы на то, чтобы сохранить целостность Свода, а также предусмотреть ряд мер, нацеленных на разработку в общих чертах основ национальной политики, способствующих более широкому ее применению. Свод практических правил МОТ стал бы вдохновителем рекомендации. В то же время ее обсуждение и принятие дало бы практическую возможность пересмотреть принципы Свода в свете широкого опыта, накопленного МОТ и ее партнерами, равно как и учесть видоизменяющийся политический контекст. В процессе консультаций в ходе подготовки этого нормативного акта можно было бы добиться расширения международного сотрудничества и содействия обмену и передаче важнейшей информации, касающейся передовой практики, извлеченных уроков и выводов.

10. Обсуждение проблем ВИЧ/СПИДа в сфере труда на сессии Конференции открыло бы также возможность объединить усилия всех трехсторонних участников МОТ и ведущих специалистов всего мира и подробно обсудить ценный опыт, накопленный в течение десятилетия МОТ. Такое обсуждение дало бы ценную возможность подумать над дальнейшим направлением деятельности в этой важнейшей области.

11. В главе I настоящего доклада излагаются тенденции, проявляющиеся в эпидемиологии ВИЧ/СПИДа, а также практические меры, предпринимаемые МОТ и другими учреждениями международной системы. В главе II внимание сконцентрировано на ключевых областях практических мероприятий благодаря принятию предлагаемой рекомендации. В главе III рассматриваются законодательство и практика на национальном и региональном уровнях в сфере борьбы с ВИЧ/СПИДом. В главе IV кратко излагаются соображения, учтенные при составлении вопросника.

12. Чтобы у Бюро было достаточно времени для подготовки окончательного доклада, который в соответствии с пунктом 2 статьи 38 Регламента Конференции должен быть

направлен правительствам не позднее чем за четыре месяца до открытия 98-й сессии МКТ, правительствам предлагается направить свои ответы МБТ таким образом, чтобы Бюро получило их не позднее 31 августа 2008 года. В этом отношении Бюро привлекает внимание правительств к пункту 1 статьи 38 Регламента Конференции, в соответствии с которым правительствам предлагается до составления своих ответов провести консультации с наиболее представительными организациями работодателей и работников. Итоги этих консультаций должны найти отражение в ответе правительств, в котором также предлагается указать, с какими конкретно организациями ими были проведены консультации. Кроме того, учитывая широкий резонанс данной темы, было бы желательно, чтобы при подготовке своих ответов министерства труда провели консультации с другими соответствующими национальными ведомствами и учреждениями, занимающимися проблемами ВИЧ/СПИДа, такими как министерства социальных дел, здравоохранения, просвещения, юстиции, гендерного равенства, молодежи, финансов и планирования, а также с национальными комиссиями по СПИДу. Возможно, было бы также желательно провести консультации с другими заинтересованными организациями, в том числе организациями лиц, живущих с ВИЧ, и других лиц, работающих с ними, и отразить их мнения в докладе правительства.

Глава I

ВИЧ/СПИД и сфера труда

13. Сфера труда является важнейшим фронтом глобальной борьбы против ВИЧ/СПИДа. Она является свидетелем многочисленных и глубоких последствий этой эпидемии, а также ключевым фактором поисков ответов на эту пандемию, особенно на национальном уровне. По мере того, как государства и организации работодателей и работников накапливают добытый ценой больших усилий опыт, МОТ и ее партнерские организации помогают находить необходимые решения. Как достигаемый прогресс, так и недостатки этого прогресса, наряду с изменениями эпидемиологической ситуации, требуют того, чтобы эти ответы носили все более утонченный и эффективный характер.

14. Кроме того, усилия, прилагаемые в сфере труда, следует рассматривать в более широком контексте, и их необходимо тесно координировать с ответами на более серьезные вопросы.

Глобальные и региональные тенденции в области ВИЧ/СПИДа[1]

15. Даже хотя в последние годы отмечались подающие надежды изменения, включая более широкий доступ к эффективным программам лечения и профилактики, продолжает расти число лиц, живущих с ВИЧ, а также число смертей по причине СПИДа. Как будет показано ниже, усилия многих стран по решению проблем эпидемии дают свои результаты, но даже при этом обычно соответствующие меры затрагивают лишь часть населения и часто не распространяются на тех людей, кто больше нуждается в доступе к профилактике, лечению, уходу и поддержке. В различных регионах ситуация складывается по-разному.

16. После опубликования в 2001 году Свода практических правил МОТ повсеместно возросло число взрослых в возрасте от 15 до 49 лет, а также детей, не достигших 15-летнего возраста, живущих с ВИЧ – с 29 млн. до более чем 33 млн. в 2007 году, что составляет 14-процентный прирост их численности. По расчетам последнего времени количество людей, живущих с ВИЧ, возросло в каждом регионе мира за последние шесть лет с 2001 по 2007 годы. Наибольший рост их численности отмечался в Восточной Азии, где их число практически удвоилось и в Восточной Европе и Центральной Азии, где, по расчетам, в 2007 году по сравнению с 2001 годом их численность увеличилась более чем на 250%.

17. По имеющимся данным, общее число взрослых и детей, живущих с ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары, увеличилось с 20,9 млн. в 2001 году до 22, 5 млн. в 2007

[1] ЮНЭЙДС и ВОЗ: *AIDS epidemic update: December 2007*, Dec. 2007, по адресу: www.unaids.org/; и ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЭФ: *Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress report*, Apr. 2007, по адресу: www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_en.pdf

году, и таким образом эти страны продолжают нести на себе печать эпидемии. Более двух третей всего взрослого населения (68%) и подавляющее большинство детей (почти 90%), живущих с ВИЧ в мире, проживают в странах Африки к югу от Сахары; кроме того, высокая концентрация таких людей отмечается на юге Африки (35% всех лиц, живущих с ВИЧ в мире). В 2001 году диспропорционально больше случаев смерти от СПИДа отмечалось в странах Африки к югу от Сахары (более 82% всех смертей по этой причине в мире). Число смертей от СПИДа в регионе в процентном отношении от общей численности смертей в мире от этой болезни сократилось к 2007 году до 76% в результате расширения доступа к лечению, но по-прежнему остается диспропорционально высокой по сравнению с долей лиц, живущих с ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары. В настоящее время отмечается снижение распространенности ВИЧ в ряде стран Африки к югу от Сахары, однако такие тенденции должны быть продолжены, ускорены и распространены на все страны региона, чтобы они стали достаточно повсеместными и привели к общему снижению последствий эпидемии в данном регионе.

18. В Южной и Юго-Восточной Азии число лиц, живущих с ВИЧ, за тот же период времени возросло на 14% по сравнению со среднемировыми темпами роста. В Латинской Америке, Западной и Центральной Европе, Карибском бассейне и Северной Америке численность людей, живущих с ВИЧ, повысилась несколько больше – приблизительно на одну пятую (соответственно 23, 21 и 18%). На Ближнем Востоке и в Северной Африке численность таких лиц возросла более чем на одну четверть (27%). В Океании, хотя число взрослого населения и детей, живущих с ВИЧ, в абсолютном выражении остается незначительным, их численность, тем не менее, в период с 2001 по 2007 годы утроилась.

19. В глобальных масштабах за тот же период времени доля женщин из всех взрослых лиц, живущих с ВИЧ, в возрасте от 15 и более лет остается стабильной – в районе 50%. Расчеты свидетельствуют, что 15,4 млн. женщин и 15,4 млн. мужчин, живущих с ВИЧ, на конец 2007 года – по сравнению с 2001 годом – 13,8 и 13,7 млн. соответственно, составляют рост приблизительно в 12% в каждом случае. В отличие от этого доля женщин, живущих с ВИЧ, в странах Африки к югу от Сахары, составлявшая к 1990 году более 50%, включала 60% всего взрослого населения, живущего с ВИЧ, после 2002 года. Это означает, что в странах Африки к югу от Сахары на каждых десять мужчин, живущих с ВИЧ, приходится 15 женщин. В других регионах мира доля женщин от общего числа населения, живущего с ВИЧ, по-прежнему продолжает расти. В Карибском бассейне 43% взрослого населения, живущего с ВИЧ, в настоящее время составляют женщины. Это на 5% больше, чем в 2001 году. Аналогично этому в целом по Азии доля женщин, живущих с ВИЧ, повысилась с 26 до 29% за тот же период времени, а в Восточной Европе и Центральной Азии этот показатель возрос с 23 до 26%.

20. В последние годы во всех странах мира расширился доступ к лечению и уходу, а польза от такого доступа весьма существенна. Только за один год с конца 2005 года по конец 2006 года доступ к лечению антиретровирусными лекарствами (АРЛ) получило около 50% больше лиц, что составляет приблизительно 1,3 до 2 млн. лиц в общемировых масштабах. Тем не менее в конце 2006 года такое лечение могли проходить лишь 28% всех лиц, нуждающихся в нем во всем мире. В некоторых регионах охват таким лечением был несколько более широким (до 72% в странах Латинской Америки), однако в других регионах уровень такого охвата по-прежнему остается ниже среднего по всему миру (6% на Ближнем Востоке и на севере Африки и 15% в Восточной Европе и Центральной Азии). Наиболее широкий охват населения таким лечением отмечается в странах Африки к югу от Сахары, где число лиц, получающих АРЛ, возросло с 810.000 до 1,34 млн., и наконец с 2006 года этот показатель составлял 27% от среднемировой численности лиц, проходящих такое лечение.

Тенденции, проявляющиеся в сфере труда[2]

21. В соответствии с оценками МОТ, основанными на имеющихся данных, в 2007 году более 33 млн. работников в возрасте от 15 до 49 лет были лицами, живущими с ВИЧ/СПИДом.[3] Хотя подавляющее большинство населения трудоспособного возраста и рабочей силы входит в группу лиц от 15 до 49 лет, тем не менее в оценках распространенности ВИЧ не учтены лица, живущие с ВИЧ в возрасте от 50 до 64 лет, которые по-прежнему трудоспособного возраста и входят в рабочую силу. Таким образом, глобальные расчеты взрослого населения, живущего с ВИЧ, не позволяют дать общей численности лиц трудоспособного возраста, живущих с ВИЧ.

22. Кроме того, допустив, что все взрослое население и большинство молодежи являются в определенной степени экономически активными лицами, даже при том, что в традиционно экономическом выражении весьма непросто оценить те средства к существованию, которые они зарабатывают, общая численность трудоспособных лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, выше, чем число занятых лиц, и, вероятнее всего, ближе к общей численности пострадавших лиц трудоспособного возраста, особенно там, где многие заняты в неформальной экономике или может недоучитываться численность рабочей силы (см. следующий раздел). Это – свидетельство необходимости учета численности более пожилых работников трудоспособного возраста, чтобы нарисовать более точную картину эпидемии ВИЧ и ее последствий для сферы труда.

23. Кроме того, учитывая тот факт, что многие взрослые люди участвуют в экономической жизни иными способами, например воспитывая детей, которые в дальнейшем вольются в рабочую силу, важно учитывать последствия ВИЧ для всего взрослого населения, и в первую очередь для женщин. Как указывалось выше, доля женщин, живущих с ВИЧ, достигла 60% в странах Африки к югу от Сахары и продолжает увеличиваться в других регионах. В докладе, опубликованном в 2006 году, по оценка МОТ, доля женщин, живущих с ВИЧ, из общей численности глобальной рабочей силы составила 41%.[4] Поскольку женщины в глобальных масштабах составляют половину лиц, живущих с ВИЧ, вполне вероятно, что женщины составляют не менее половины всех взрослых лиц, не участвующих на рынке труда, но являющихся по-прежнему лицами трудоспособного возраста, и существенную долю составляют женщины в возрасте старше 49 лет. Многие из них так или иначе участвуют в экономической жизни.

24. Последствия эпидемии для рабочей силы и для всех лиц трудоспособного возраста могут быть измерены с точки зрения их общего воздействия на экономический рост и на расширение занятости. В 2004 году и вновь в докладе 2006 года, о котором говорилось выше, с учетом более свежих данных МОТ продемонстрировала, что темпы экономического роста в тех странах, где широко распространен ВИЧ/СПИД, снизились в результате последствий эпидемии для предложения рабочей силы, производительности, инвестиций и занятости за последние десять или более лет. При этом предприятия, домохозяйства, семьи, общины и экономика стран могут получить преимущества, если работники, страдающие от СПИДа, получают доступ к эффективному лечению антиретровирусными лекарствами (АРЛ). В том же докладе за 2006 год указывается, к примеру, что работник, страдающий от СПИДа и получавший лечение в 2004 году, в среднем мог бы проработать в течение 34 из последующих 54 месяцев, а в среднем в глобальных масштабах, в результате внеся семикратный, с точки зрения глобального дохода на душу населения, вклад в общемировую экономику за каждые 12 месяцев своей продленной жизни. Преимущества АРЛ, соответственно, были бы

[2] МОТ: *HIV/AIDS and work: Global estimates, impact on children and youth, and response*, ILO/AIDS, 2006, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/global_est06/global_estimates_report06.pdf

[3] ЮНЭЙДС и ВОЗ: *AIDS epidemic update*, op. cit.

[4] МОТ: *HIV/AIDS and work: Global estimates, impact on children and youth, and response*, op. cit.

даже выше для стран Африки: в среднем работник, живущий с ВИЧ/СПИДом, который мог бы прожить 36 из следующих 54 месяцев, внес бы восьмикратный вклад с точки зрения доходов на душу населения в странах Африки к югу от Сахары в экономику Африки за каждые 12 месяцев от своей продленной жизни .

Сфера труда в центре практических действий

25. Становится все более очевидным, что эпидемия ВИЧ/СПИДа оказывала и продолжает оказывать разрушительное воздействие на сферу труда, а также на общество в целом в большом числе стран. В результате этого на национальном уровне основные усилия концентрируются на рабочих местах.

26. Первая реакция МОТ на ВИЧ/СПИД носила двойственный характер и предусматривала меры профилактики инфекции и недопущения дискриминации в сфере труда. Некоторые работники оказываются пораженными в результате своей производственной деятельности: это весьма деликатная часть усилий МОТ, особенно в сфере безопасности и гигиены труда (БГТ). Во многих случаях, независимо от того, каким образом работники заражаются ВИЧ, они становятся жертвами дискриминации и стигматизации как на своих рабочих местах, так и вне их. В результате дальнейшего расширения этой эпидемии и извлеченных уроков в деле борьбы с ней в настоящее время значительно расширились меры противостояния.

27. МОТ озабочена этой эпидемией, поскольку ВИЧ/СПИД представляет собой препятствие на пути сокращения масштабов бедности, обеспечения устойчивого развития и реализации Программы достойного труда. ВИЧ/СПИД требует реагирования на всех уровнях общества и всеми секторами и отраслями экономики, что существенно превышает потенциальные возможности какого-либо отдельного сектора, министерства или учреждения Организации Объединенных Наций. Это напоминает нам о том, что мы с опасностью для себя изолируем программу развития: ВИЧ/СПИД высвечивает недостатки общества, особенно проявления неравенства между мужчинами и женщинами, между большинством населения и меньшинствами, а также между лицами, занятыми в реальной экономике, и теми, кто оказался за ее пределами. ВИЧ/СПИД наглядно показывает взаимосвязи, которые рискуют быть забытыми – между здоровьем человека и его трудовой деятельностью, между просвещением и образованием и экономикой, а также между правами и социально-экономическим прогрессом.

28. Важнейший факт заключается в том, что в отличие от других болезней ВИЧ/СПИД диспропорционально оказывает пагубное воздействие на взрослое занятое население. Это означает, что эта болезнь имеет далеко идущие социально-экономические последствия. Утрата работников, управляющих и руководителей и работодателей сказывается на их семьях и общинах вследствие потери заработков и отсутствия достаточного контингента лиц, осуществляющих уход за больными, и работников образования. Это сказывается на предприятиях, государственном и частном секторах вследствие утраты навыков и опыта и в то же время ведет к возрастанию прямых и косвенных трудовых издержек.

29. Все в большей степени ответные действия на ВИЧ/СПИД в настоящее время включают другие взаимосвязанные серьезные болезни, такие как туберкулез (ТВ) и малярия, и эти совокупные меры требуют укрепления основных систем здравоохранения и социальных структур, особенно в том, что касается развития людских ресурсов и взаимоотношений между мужчинами и женщинами.

30. ВИЧ/СПИД привел также к усилению роли сферы труда в области содействия процессу развития, а также борьбы с эпидемией: это напоминает нам о широких потенциальных возможностях трехсторонних участников МОТ, которые могут вносить свой вклад в национальные усилия в качестве социальных сторон, равно как и о

фундаментальных взаимосвязях между социальным диалогом и национальной ответственностью как за саму проблему, так и за ее решение. Работодатели и профсоюзы являются лидерами своих общин, и сегодня испытывается безотлагательная необходимость того, чтобы эти лидеры высказывались по проблеме ВИЧ/СПИДа и поощряли конкретные действия.

31. Реальным местом практических мер при проведении программ по ВИЧ/СПИДу являются рабочие места. Разрабатываются нормы, касающиеся условий труда, в том числе в отношении ухода за работниками, страдающими хроническими заболеваниями, существуют процедуры, регулирующие трудовые правоотношения, и основные усилия прилагаются к обучению кадров. Службы охраны труда имеют давнюю традицию содействия безопасности и гигиене труда. Рабочие места являются теми ячейками, в которых люди могут собираться вместе и обсуждать, спорить и извлекать для себя уроки из опыта друг друга. Это дает возможность проводить пропагандистско-разъяснительную работу, просвещать работников и защищать их права. Необходимо понять одну простую вещь – большинство людей проводит значительную часть своего времени на работе, и это, безусловно, дает преимущество проведения практических мер или для осуществления мероприятий по просвещению и обучению, профилактике и доступу к уходу, поддержке и лечению.

32. Страновые программы достойного труда МОТ заложили собой основы комплексного и согласованного подхода к решению проблем ВИЧ/СПИДа. Они дают возможность воспользоваться преимуществами четырех основополагающих сегментов деятельности МОТ по борьбе с эпидемией и ее последствиями, обеспечивая тем самым взаимосвязь элементов как достойного труда, так и ВИЧ/СПИДа с Национальными планами развития и стратегиями сокращения масштабов бедности, а также привлекая к этому процессу трехсторонних участников.

Неформальная экономика и ВИЧ/СПИД

33. Значительное большинство рабочей силы в развивающихся странах занято в неформальном секторе, и трудящиеся, работающие в неформальной экономике, значительно более уязвимы перед инфекцией ВИЧ и имеют меньше возможностей получить доступ к уходу, поддержке и лечению, чем работники реального сектора. Несмотря на это, основные усилия по борьбе со ВИЧ/СПИДом нацелены на работников реальной экономики.

34. В большинстве развивающихся стран от 50 до 75% несельскохозяйственной занятости приходится на неформальную экономику (это составляет 48% несельскохозяйственной занятости в Северной Африке, 51% в Латинской Америке, 65% в Азии и 72% в странах Африки к югу от Сахары).[5] В Уганде в неформальном секторе занято около 90% общей численности работников несельскохозяйственного частного сектора.[6] Неформальный сектор экономики включает микро и малые предприятия (ММП) и при этом широко распространена также сама занятость: это составляет 70% или даже более неформальной занятости в странах Африки к югу от Сахары, 62% в Северной Африке, 60% в Латинской Америке и Карибском бассейне и 59% в Азии.[7] Различные виды труда в неформальной экономике могут рассматриваться как формирующие собой непрерывное множество, включающее, на одном полюсе, деятельность, которая является полностью «дерегулированной» и неформальной и характеризующейся

[5] МОТ: *Women and men in the informal economy: A statistical picture*, Employment Sector, 2002, по адресу: http://www.wiego.org/publications/women%20and%20men%20in%20the%20informal%20economy.pdf

[6] Всемирный банк: *Urban informal sector in Uganda*, Key labour market issues course, held in Uganda April/May 2005, по адресу: http://info.worldbank.org/etools/docs/library/211247/Uganda_Urban%20Informal%20Sector.pdf

[7] МОТ: *Women and men in the informal economy*, op. cit.

серьезными дефицитами достойного труда, и, на другом полюсе, деятельностью, которая является частично формализованной и отличается меньшими дефицитами достойного труда.[8]

35. В целом неформальная экономика является более важным источником занятости для женщин, чем для мужчин. Доля женщин, занятых в неформальном секторе, во всем мире остается в пределах 60-80%.[9] В странах Африки к югу от Сахары 84% трудящихся женщин, занятых не в сельском хозяйстве, трудится в неформальном секторе по сравнению с 63% трудящихся мужчин; в Латинской Америке этот показатель составляет 58% для женщин по сравнению с 48% для мужчин. В Азии соотношение женщин и мужчин, занятых несельскохозяйственной деятельностью в неформальном секторе, приблизительно то же. Продолжает возрастать численность женщин, составляющих рабочую силу неформальной экономики; ожидается, что в будущем все большую долю работников неформального сектора будут составлять женщины, занятые в чрезвычайно мелких женских коллективах.[10]

36. Целый ряд условий в неформальной экономике делает ее более уязвимой перед распространением ВИЧ и усугубляет его последствия. К таким факторам относятся ее трудоемкая природа и неадекватность или же полное отсутствие трудового законодательства и надзора за его соблюдением, отсутствие представителей работников, отсутствие постоянных доходов, гендерное неравенство, отсутствие надлежащих систем социальной защиты, низкие уровни грамотности, меньшее число пособий и льгот, связанных с занятостью, значительная доля молодежи, ограниченные возможности повышения производственной квалификации работников, плохое состояние здравоохранения и безопасности, а также неимение возможностей доступа к объектам здравоохранения.[11]

37. Трудности охвата работников неформальной экономики программами и политическими мерами в области борьбы с ВИЧ/СПИДом объясняются многими причинами. Таковыми являются следующие:[12]

- В неформальной экономике обычно отсутствуют структуры, доступные в реальной экономике, в поддержку программ и политики.
- Приоритетом для работников неформальной экономики является повседневное выживание, а не такие проблемы, как ВИЧ/СПИД.
- Этот сектор отличается мобильностью, и поэтому весьма сложно охватить работников данного сектора.
- Далеки от идеальных режим рабочего времени и условия труда для расширения потенциальных возможностей, и работники сталкиваются с трудностями в том, что касается посещения регулярных учебных занятий.
- Многочисленные мигранты, занятые в этом секторе на незаконных основаниях, сторонятся формальных систем медицинского обеспечения, опасаясь проблем с

[8] V. McKay: *Consolidated report on HIV/AIDS interventions in the informal sector*, Sep. 2003 (Geneva, ILO).

[9] K. Flodman Becker: *The informal economy*, Fact-finding study, SIDA, Mar. 2004, по адресу: http://rru.worldbank.org/Documents/PapersLinks/Sida.pdf

[10] K. Dixon-Fyle and C. Mulanga: *Responding to HIV/AIDS in the world of work in Africa: The role of social protection*, ILO/AIDS, Working Paper No. 5, June 2004, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/wp5socialprotectiondakarpaper.pdf

[11] Конференция министров финансов, планирования и экономического развития стран Африки, *An issues paper: Meeting the challenge of employment in Africa*, заседание Комитета экспертов Конференции, май 2006 г., по адресу: http://www.uneca.org/cfm/2006/docs/Issues_paper.htm

[12] V. McKay: *Consolidated report on HIV/AIDS interventions in the informal sector*, op. cit.

властями. По той же причине они не хотят быть частью какой-либо программы профилактики или поддержки.

- Низкий уровень образования означает, что основная информация, касающаяся ВИЧ/СПИДа, должна корректироваться, а навыки и человеческий потенциал, в настоящее время, как правило, отсутствуют в данном секторе.

Кроме того, работники неформального сектора пользуются меньшим признанием, менее организованы и практически лишены права голоса по сравнению с работниками реального сектора.[13]

38. Несмотря на это, исследования социальных и экономических последствий эпидемии практически полностью ориентированы на учреждения и институты частного и государственного секторов реального сектора экономики. Воздействию ВИЧ/СПИДа на предприятия и на производства в неформальной экономике уделяется незначительное внимание, и ситуация практически не анализируется, и лишь незначительное число инициатив в сфере борьбы с ВИЧ/СПИДом ориентировано на работников неформальной экономики, несмотря на их экономическую важность и растущую численность.

39. Некоторые из этих факторов воздействуют также на степень эффективности применения Свода практических правил МОТ к неформальной экономике. Свод был разработан для общего пользования во всех секторах сферы труда (реальной и неформальной экономики). Хотя перед ним ставилась цель быть применимым к неформальной экономике в той же степени, что и к реальной экономике, как указывалось выше, его трудно подогнать к конкретным условиям неформальной трудовой среды.[14] Некоторые из ключевых проблем включают следующие:

- *Признание ВИЧ/СПИДа производственной проблемой* означает, что все рабочие места, в том числе неформальные объекты, должны официально признаваться правительством, что не всегда имеет место в отношении неформальной экономики.
- *Гендерное равенство* является доминирующим аспектом Свода практических правил. Однако женщины, занятые в неформальной экономике, значительно более уязвимы, чем мужчины, а также более уязвимы, чем женщины, занятые в реальной экономике.
- *Здоровые условия труда.* Неформальная среда весьма часто не обеспечивает здоровых и гигиеничных условий труда, особенно для детей, находящихся на рабочих местах со своими матерями.
- *Социальный диалог* напрямую зависит от объединения рабочей силы в организации. Работники неформальной экономики не организованы адекватным образом и лишены права голоса.
- *Скрининг*, как представляется, не представляет интереса для работников неформальной экономики. Но при этом в этом секторе отмечается существенная их стигматизация, и эту проблему необходимо решить.
- *Принцип конфиденциальности* не применим к работникам неформальной экономики. На малых предприятиях разменной монетой являются стигматизация и сплетни.

[13] V. McKay, ibid.

[14] V. McKay, ibid.

- *Продолжение трудовых отношений.* Поскольку правоотношение, по определению, является неформальным, договор/контракт не подписывается и, кроме того, заболевшие работники лишены каких-либо пособий и льгот по социальному обеспечению.
- До минимума сведены программы обучения *профилактическим мероприятиям* и массовой раздачи презервативов.
- Мероприятия по *уходу и помощи* не являются неотъемлемой частью неформальных систем.[15]

Международные действия по борьбе с ВИЧ/СПИДом

Глобальные обязательства

40. Цели развития тысячелетия (ЦРТ) являются общими целями всей системы Организации Объединенных Наций и ее государств-членов, в которых рассматриваются основополагающие проблемы развития, включая сокращение масштабов бедности, просвещение и образование, гендерное неравенство и здравоохранение. Цель 6 гласит «Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями».

41. В июне 2001 года состоялась специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, на которой 189 глав государств приняли Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.[16] В заключении они заявили: «глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа представляет собой глобальную чрезвычайную ситуацию …, которая подрывает социально-экономическое развитие по всему миру и затрагивает все слои общества – нацию, общину, семью и каждого отдельного человека».

42. В двух из ключевых обязательств Декларации 2001 года признается необходимость расширять глобальные ответные меры на эпидемию в сфере труда:

- К 2005 году активизировать действия по борьбе с ВИЧ/СПИДом в сфере трудовой деятельности путем разработки и осуществления программ профилактики и лечения в государственном, частном и неорганизованном секторах занятости, и принять меры по обеспечению благоприятной обстановки на рабочем месте для лиц, больных СПИДом (п. 49).
- К 2003 году разработать национальную правовую и директивную базу, которая обеспечивала бы защиту на рабочем месте прав и достоинства лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом и пострадавших от него, и тех лиц, которые подвержены наибольшему риску заражения ВИЧ/СПИДом на рабочем месте, в консультации с представителями работодателей и работников, с учетом принятых международных руководящих принципов, касающихся проблемы ВИЧ/СПИДа на рабочем месте (п. 69).

43. В 2006 году Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла новую Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу, в которой содержится новый призыв к государствам-членам продолжать борьбу с заболеванием после анализа достигнутого прогресса после специальной сессии 2001 года.[17]

---

[15] См. V. McKay, ibid., частично основано на обследовании неформального сектора в Уганде, Гане, Объединенной Республике Танзании и Южной Африке.

[16] Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 26-я специальная сессия, док. A/Res/S-26/2, 2 августа 2001 г., по адресу: www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf

[17] Генеральная Ассамблея, 60-я сессия, A/Res/60/262, 15 июня 2006 г., по адресу www.un.org./documents/instruments/docs_en.asp.

44. Помимо мер Генеральной Ассамблеи проводились и проводятся многочисленные международные конференции конкретно по ВИЧ/СПИДу, другие совещания, на которых большое место отводится этой теме, а также планы действий, принятые на региональном или общемировом уровне различными организациями и учреждениями. Разнообразие этих ответных мер весьма существенно, и различные их аспекты рассматриваются ниже.

Действия Совместной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

45. МОТ принимает участие в широких международных усилиях против ВИЧ/СПИДа. Она выступала в качестве одного из спонсоров Совместной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)[18] начиная с 2001 года, и в настоящее время тесно сотрудничает с другими девятью спонсорами этой программы (см. ниже). Предусматривается, что все они должны сыграть видную роль в деле содействия применению предлагаемой рекомендации. Значительный объем информации относительно достижений в области глобальных и национальных ответных мер на ВИЧ/СПИД и многие статистические данные, приводимые в настоящем докладе, были подготовлены под эгидой ЭНЕЙДС.

46. Несостоятельность полумер для того, чтобы прекратить распространение ВИЧ во всем мире, заставила глобальное сообщество поставить перед собой цель достижения всеобщего доступа к мерам профилактики ВИЧ, лечению, уходу и поддержке к 2010 году. [19] Такая цель обеспечения всеобщего доступа отражает обязательства стран предпринимать дополнительные меры, подкрепленные фактическими данные во всех регионах мира по решению проблем эпидемии, которая, как говорится в докладе «О развитии человека» 2005 года, стала в истории «наиболее серьезным фактором, обратившим вспять развитие человечества».

47. Удалось добиться существенного прогресса в области оказания основных услуг по борьбе с ВИЧ нуждающимся людям в странах с низкими и средними доходами, в которых проживает до 95% всех лиц, зараженных ВИЧ. В период 2003-06 годов число лиц, получающих антиретровирусные препараты в этих странах, увеличилось в пять раз, и в ряде стран благодаря проведению серьезных мер профилактики отмечено снижение частотности инфицирования ВИЧ. Тем не менее сегодняшние темпы активизации мероприятий не позволяют добиться всеобщего доступа к профилактике и лечению до уровня, который был согласован – к 2010 году – и это ставит под угрозу способность стран мира остановить и обратить вспять эпидемию ВИЧ к 2015 году, как это

[18] http://www.unaids.org.

[19] Всеобщий доступ означает не только, то что будет или что должна быть обеспечена 100-процентная доступность для всех лиц мер профилактики ВИЧ, лечения, ухода и мероприятий поддержки. Даже в странах с высокими доходами, где здравоохранение распространяется на все население, некоторые пациенты с медицинской точки зрения имеющие право на лечение антиретровирусными препаратами, не получают этих лекарств по целому ряду причин (например, сознательный отказ от проведения анализов, решение начать антиретровирусную терапию на более позднем этапе). Скорее пытаясь добиться всеобщего доступа к профилактике и лечению, страны мира берут на себя обязательства предпринимать конкретные и постоянные шаги в целях обеспечения более высокого уровня охвата наиболее эффективными мерами, необходимыми для обеспечения управления различными эпидемиями во всех регионах. Например, страны, в которых отмечаются общие или высокоэндемические эпидемии, требуется высокий уровень охвата мерами защиты, нацеленными на все население страны; такими мерами являются информационно-разъяснительные кампании в средствах массовой информации, программы школьного обучения и профилактические программы на рабочих местах; более низкие уровни охвата такими стратегиями могут более соответствовать таким ситуациям, когда в стране отмечаются низкие уровни эпидемии или они сконцентрированы в отдельных областях – в этом случае требуется чрезвычайно высокий охват программами, ориентированными на те группы населения, которые испытывают наибольший риск заражения ВИЧ. См. UNAIDS: *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, traitement, care and support*, 2007, по адресу http//data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf.

предусмотрено в ЦРТ. По мере того, как страны и национальные партнеры работают над расширением важнейших программ, многие из них сталкиваются с трудностями направления вновь выделяемых средств на проведение всеобъемлющих программ. Одним из примеров громадных вызовов, связанных с расширением программ по борьбе с ВИЧ, при дефиците ресурсов являются страны к югу от Сахары: хотя в них проживает до 11/% всего населения планеты и почти две трети всех людей, зараженных ВИЧ, они насчитывают всего лишь 3% работников здравоохранения мира.

48. Преодоление таких препятствий и усиление решительности всех стран мира добиться всеобщего доступа потребует существенного увеличения долгосрочного финансирования помимо неиссякаемой политической поддержки, расширения национального потенциала и проведения стратегий, которые доказали свою эффективность в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Однако, несмотря на заметное увеличение объемов финансирования, направляемого на ответные меры по ВИЧ в течение текущего десятилетия, разрыв между имеющимися ресурсами и средствами, необходимыми для обеспечения всеобщего доступа в ближайшие несколько лет будет увеличиваться в том случае, если не изменятся сегодняшние тенденции финансирования.

49. ВИЧ/СПИД спровоцировал кризис в области развития, который может быть преодолен лишь благодаря межсекторальным ответным мерам. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)[20] объединяет усилия и ресурсы десяти организаций системы ООН в рамках ответных мер по СПИДУ. Все эти организации полны решимости помогать странам продвигаться вперед по пути достижения всеобщего доступа к мерам профилактики, лечения, ухода и поддержки в рамках единого национального плана, единого координационного и исполнительного органа и единой системы мониторинга и оценки (см. вставку 1.1). При том, что координация между всеми ими является важнейшим элементом, каждое учреждение работает в своей собственной области, опираясь на свои сравнительные преимущества. Оперативные взаимоотношения между ними строятся на принципе «разделения труда», который определяет ведущую роль каждого учреждения, а также поощряет партнерства и совместное составление программ. Подробная информация о деятельности каждого из этих учреждений, равно как и других соответствующих агентств ЮНЭЙДС выходит за рамки настоящего доклада, однако уместно привести краткую информацию на этот счет.

50. Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН)[21] является ведущим учреждением, занимающимся проведением ответных мер по ВИЧ/СПИДу в интересах беженцев и внутренне перемещенных лиц. Оно проводит широкие текущие программы в области ВИЧ и осуществляет материальное обеспечение на местах беженцев, внутренне перемещенных лиц, а также других лиц, сталкивающихся с трудностями, равно как и соседних принимающих общин, которые часто расположены в удаленных районах. УВКБ ООН поддерживает тесные контакты с национальными правительствами и международными организациями, обеспечивая включение в национальные международные программы борьбы с ВИЧ беженцев, возвратившихся лиц, внутренне перемещенных лиц и других лиц, сталкивающихся с трудностями. Программами по ВИЧ в настоящее время охвачены страны от Африки до Азии, Северной и Южной Америки, Ближнего Востока и Восточной Европы. За последние три года программы борьбы с ВИЧ УВКБ ООН приобрели более всеобъемлющий характер и в них были включены такие вопросы, как проведение оценок, добровольное консультирование и проведение анализов, предотвращение передачи болезни от матери к ребенку, профилактика ВИЧ, разработка и распространение информационно-разъяснительных и учебных материалов, а также мониторинг и оценка.

[20] www.unaids/org

[21] www.unhcr.org

Вставка 1.1
«Три единых» принципа

Принципы координации национальных ответных мер борьбы со СПИДом

25 апреля 2004 года ЮНЭЙС, Соединенное Королевство и Соединенные Штаты Америки совместно провели совещание высокого уровня, на котором основные доноры подтвердили свое обязательство повысить свои национальные усилия по борьбе со СПИДом, при этом предусмотрев, что эти меры будут проводиться в первую очередь самими пострадавшими странами.

Они поддержали «три единых» принципа обеспечения наиболее эффективного и рационального использования ресурсов, которые бы также позволили предпринимать безотлагательные действия и обеспечивать применение методов управления, ориентированных на конечные результаты:

- Единая согласованная Программа действий по ВИЧ/СПИДу, закладывающая основу координации работы всех партнеров.
- Единый национальный орган по координации борьбы со СПИДом, который бы имел широкий межсекторальный мандат.
- Единая согласованная система мониторинга и оценки на страновом уровне.

Отмечается заметный сдвиг в глобальных ответных мерах на глубокий кризис в области СПИДа, который все обостряется. Национальные ответные меры принимают все более широкий и активный характер, и они поддерживаются более существенными финансовыми ресурсами и продуктами массового спроса.

Именно на этот вызов «три единых» принципа конкретно должны найти ответ. Основываясь на извлеченных в ходе двух десятилетий уроков, «три единых» принципа могут расширить возможности доноров и развивающихся стран более тесно сотрудничать на страновом уровне.

51. Управление придерживается субрегионального подхода и все больше внимания уделяет вопросам борьбы с ВИЧ в конфликтных и постконфликтных ситуациях. В настоящее время действует всеохватывающая информационная система, включающая исходные данные, касающиеся рисков и результатов проведения поведенческих и контрольных обзоров. УВКБ ООН резко выступает против стигматизации, дискриминации и ошибочного восприятия в отношении ВИЧ и беженцев и содействует проведению гендерно ориентированных мер, направленных на сокращение уязвимости с точки зрения заражения ВИЧ, особенно среди беженцев женщин и девочек. В целях обеспечения большей интеграции вопросов борьбы со СПИДом во всей своей деятельности и выполнении своих полномочий УВКБ ООН включило аспекты борьбы со СПИДом в свои программы обучения по вопросам защиты и переселения, а также в *Справочник по действиям в чрезвычайной обстановке*.

52. Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)[22] в течение 60 лет тесно сотрудничает со своими партнерами во всех странах мира в деле содействия признанию и реализации прав ребенка как прав человека. На ближайшие годы при составлении своих программ ЮНИСЕФ приоритетное внимание намерен отдавать проблеме борьбы с ВИЧ/СПИДом. Фонд строго придерживается принципов проведения активных ответных мер на ВИЧ/СПИД не только по причине чрезвычайной угрозы, которое это заболевание представляет для детей и женщин, но также поскольку оно может быть предотвращено. Пытаясь найти ответы на вызовы, связанные с ВИЧ/СПИДом ЮНИСЕФ концентрирует свои действия на четырех ключевых областях:

- профилактика ВИЧ среди молодежи;
- предотвращение передачи ВИЧ от родителя к ребенку;

[22] www.unicef.org/aids

- расширение защиты, ухода и поддержки сирот и детей, страдающих от ВИЧ/ СПИДа;
- расширение мер ухода и поддержки детей, молодежи и родителей, живущих с ВИЧ/ СПИДом.

53. ЮНИСЕФ осуществляет свою деятельность в партнерстве с правительствами, другими учреждениями Организации Объединенных Наций, неправительственными организациями и организациями на местах на глобальном, национальном и общинном уровнях. Он прилагает усилия к тому, чтобы понять ход развития эпидемии и оценить ее последствия, особенно для детей и молодежи; оценить адекватность ответных мер и разрабатывать и поддерживать программы профилактики инфицирования ВИЧ; решать проблемы последствий ВИЧ/СПИДа для детей, молодежи и семей; искоренять стигматизм и наделять правами детей, молодежь, семьи и общины, которые бы могли справляться с последствиями ВИЧ/СПИДа; и добиваться социальных изменений. ЮНИСЕФ широко представлен на местах и проводит программы сотрудничества в 162 странах, областях и территориях.

54. Всемирная продовольственная программа (ВПП)[23] является самым крупным гуманитарным учреждением в мире, оказывающим помощь лицам, пострадавшим от ВИЧ и СПИДа, поскольку в результате пандемии ухудшается положение с точки зрения недоедания и под угрозой оказывается возможность получения средств к существованию. Благодаря своим национальным и местным партнерам ВПП оказывает поддержку проведению мер профилактики, ухода и программ лечения посредством оказания помощи в виде продовольствия тем, кто оказывается наиболее уязвимым в данной ситуации. Чтобы укрепить иммунную систему лиц, живущих с ВИЧ, и улучшить их статус с точки зрения питания, они получают пищевые пайки в сочетании с антиретровирусным лечением. ВИЧ-инфицированные беременные женщины, включенные в программы предотвращения передачи заболевания от матери к ребенку, также получают продовольственные пайки и проходят обучение, что позволяет им поддерживать состояние своего здоровья и давать жизнь здоровым детям. Кроме того, поддержка в виде продуктов питания используется для того, чтобы улучшить состояние питания больных туберкулезом лиц и позволить им продолжать свое длительное лечение. Сироты и другие дети, страдающие от ВИЧ и СПИДа, получают школьное питание, а также пайки, которые помогают несколько улучшить ситуацию с точки зрения стоимости обучения; расширяется также проведение учебных программ на уровне общин для окончившей школьное образование молодежи, и в эти программы включен компонент предоставления питания.

55. ВПП занимается содействием профилактике ВИЧ и просветительско-разъяснительной деятельности по борьбе со СПИДом в рамках всех своих программ и со всем своим персоналом, включая транспортников, доставляющих пищевые продукты. Таким образом пути распределения продовольствия ВПП открывают возможности обслуживания рискованных групп населения и позволяют проводить серьезные мероприятия по предотвращению ВИЧ и уходу.

56. Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН).[24] Реагирование на ВИЧ/СПИД является одним из приоритетов ООН, которая помогает странам включать аспекты ВИЧ/СПИДа в качестве центрального элемента в свои планы национального развития и соответствующие процессы в рамках Целей развития тысячелетия. ПРООН работает над расширением национальных потенциальных возможностей на всех уровнях правительств и гражданского общества в целях проведения скоординированных и межсекторальных ответов на эпидемию, вскрывая первопричины ВИЧ/

[23] www.wfp.org/foot_aid/foot_for_hiv/index.asp.

[24] www.undp.org/hiv/

СПИДа и занимаясь защитой прав людей, страдающих от СПИДа, женщин и наиболее уязвимых слоев населения. Свои усилия она ориентирует на три области:

- *ВИЧ/СПИД и развитие людских ресурсов*. В партнерстве со Всемирным банком и Секретариатом ЮНЭЙДС ПРООН оказывает техническую помощь странам по более действенной интеграции ВИЧ/СПИДа в стратегии сокращения масштабов бедности и в планы национального развития. Кроме того, ПРООН поддерживает страны в их усилиях по разработке торгового законодательства и законодательства в области здравоохранения и интеллектуальной собственности, которая бы обеспечивала устойчивый доступ к дешевым и качественным лекарственным препаратам для борьбы со СПИДом.
- *Управление ответными мерами по ВИЧ/СПИДу*. ПРООН содействует гармонизации и приведению в соответствие содействия со стороны системы Организации Объединенных Наций и донорского сообщества с усилиями национальных органов, занимающихся борьбой со СПИДом, и обеспечивает координацию национальных ответных мер по СПИДу, включая проведение многосторонних инициатив финансирования. Через систему координатора и резидента ПРООН прилагает усилия к интеграции аспектов ВИЧ/СПИДа в процессы подготовки страновыми группами ООН единых страновых программ.
- *Права человека, гендерные аспекты и ВИЧ/СПИД*. ПРООН поддерживает усилия стран по созданию благоприятного климата с точки зрения прав человека, позволяющего защищать права людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, женщин и уязвимых групп населения. Это предусматривает недопущение стигматизации и дискриминации, а также решение проблем, связанных с гендерными отношениями, в результате которых женщины и девочки оказываются уязвимыми перед инфекцией. ПРООН активно поддерживает меры по привлечению людей, живущих с ВИЧ, к процессу планирования, проведения и оценки ответных мер на ВИЧ/СПИД.

57. Фонд ООН для деятельности в области народонаселения (ЮНФПА)[25] концентрирует свое внимание на ответных мерах по СПИДу, занимаясь пропагандой профилактики ВИЧ среди молодежи и беременных женщин, разъясняя важность использования презервативов всеми без исключения мужчинами и женщинами и содействуя интеграции проблем репродуктивного здоровья и СПИДа. Предотвращение инфицирования ВИЧ является институциональным приоритетом в рамках всех программ Фонда, проводимых более чем в 140 странах, и в последнее время он расширил свои штаты на 70 сотрудников (в большинстве случаев в национальных структурах), которые занимаются проблемами СПИДа. Он поддерживает широкий спектр срочных и долгосрочных инициатив, нацеленных на предотвращение передачи ВИЧ половым путем, в том числе занимается вопросами изменения поведенческих структур, добровольной сдачи анализов и консультирования, а также услугами в области инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем. Он также участвует в проведении демографических и социально-культурных обзоров и обследований, необходимых для разработки соответствующих политических мер профилактического характера.

58. ЮНФПА содействует более безопасному сексуальному поведению молодежи, всячески поощряет молодых женщин отказываться от нежелательных и небезопасных половых связей и убеждает молодых мужчин проявлять большую ответственность и использовать презервативы, таким образом защищая себя и своих партнеров. Другим приоритетом является предотвращение инфицирования беременных женщин. Фонд занимается распространением информации, проводит ознакомительные мероприятия и оказывает услуги по вопросам репродуктивного здоровья, в первую очередь в

[25] www/unfpa.org/hiv

интересах молодежи. Третий приоритет Фонда заключается в том, чтобы добиться сокращения распространения ВИЧ и других передающихся половым путем инфекционных заболеваний, которые способствуют распространению ВИЧ/СПИДа, благодаря расширению доступности для мужчин и женщин презервативов и способствуя их правильному и постоянному применению, принимая во внимание потребности пользователей и их предпочтения, а также культурную среду.

59. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНПООН),[26] учрежденное в 1997 году, отвечает за рассмотрение взаимосвязанных вопросов, касающихся контроля за наркотиками, предотвращения преступности и международного терроризма в контексте устойчивого развития и безопасности человека. Участвуя с 1999 года в ЮНЭЙДС, УНПООН наделено также мандатом возглавить проведение глобальных ответных мер, касающихся профилактики ВИЧ и обеспечения ухода за инфицированными ВИЧ лицами из числа потребителей инъекционных наркотиков, а также лиц, находящихся в заключении, равно как и способствовать расширению мер реагирования ООН на СПИД, распространяемый вследствие торговли людьми. Для этого УНПООН оказывает помощь странам по расширению их потенциальных возможностей проводить оценки ситуации, обзоры правовых основ и политики, разрабатывать и проводить благоприятную политику, а также быстро активизировать проведение эффективных программ профилактики и ухода в интересах соответствующих групп населения, опираясь на фактические данные. В сотрудничестве с другими партнерами по ЮНЭЙДС УНПООН на XVI Международной конференции по СПИДу в Торонто выступило инициатором стратегической программы по профилактике и уходу за ВИЧ-инфицированными лицами, находящимися в тюремном заключении.

60. Помимо содействия разработке политики и программ УНПООН стремится осуществлять сбор, обработку и распространение стратегической информации, касающейся профилактики ВИЧ и уходу за инфицированными лицами из числа тех, кто потребляет инъекционные наркотики, заключенных и лиц, наиболее уязвимых с точки зрения торговли людьми. Основной акцент делается на оказании содействия директивным органам и управляющим программами по определению того, каким образом можно наиболее эффективно осуществлять измерение и оценку действенности программ с учетом широкого спектра результатов; следить за эпидемиологическими тенденциями; и разрабатывать целенаправленные разъяснительно-пропагандистские стратегии.

61. Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО)[27] является признанной ведущей организацией, занимающейся профилактикой ВИЧ среди молодежи, продолжающей свое образование. С тем чтобы сфокусировать свое внимание и интенсифицировать свои усилия на секторе образования в рамках национальных ответных мер на СПИД, ЮНЕСКО возглавила Глобальную инициативу по вопросам образования и ВИЧ/СПИДу (EDUCAIDS), которая представляет собой партнерство, преследующее цель разработки всеобъемлющих мер реагирования в секторе образования.

62. По мнению ЮНЕСКО, просвещение и обучение мерам профилактики должны помочь воспитать должное поведение, развить навыки и явиться стимулом для содействия воспитанию поведения, которое бы сокращало риск и уязвимость молодежи. ЮНЕСКО придерживается пяти основных направлений деятельности:

- *Информационно-просветительская деятельность на всех уровнях.* ЮНЕСКО привлекает к своей работе министерства, ведомства и неправительственные организации, такие как те, которые занимаются вопросами образования, науки, культуры, коммуникаций и спорта, а также гражданское общество и частный сектор.

[26] www.unodc.org

[27] http://hivaidsclearinghouse.unesco.org

- *Адаптация практических мер к современным условиям.* ЮНЕСКО адресует эффективную и культурно целенаправленную информацию конкретным группам, начиная с тех из них, которые подвержены наибольшему риску.
- *Сокращение рискованного поведения и уязвимости. Р*азрабатываются формальные и неформальные программы просвещения и обучения, с тем чтобы все молодые люди были информированы о ВИЧ/СПИДе и о профилактических мерах и чтобы они могли действовать соответствующим образом.
- *Проявление заботы за инфицированными и пострадавшими лицами.* Инфицированные и пострадавшие лица при поддержке со стороны ЮНЕСКО активно привлекаются к мероприятиям по разрешению проблем, связанных с эпидемией, в местных общинах во всем мире. Лечение является неотъемлемой частью мер профилактики.
- *Преодоление институциональных последствий.* С тем чтобы гарантировать выполнение ведущими социальными, экономическими и политическими институтами своих основных функций в условиях распространения ВИЧ/СПИДа, ЮНЕСКО разрабатывает и распространяет инструментальные средства, позволяющие осуществлять мониторинг, оценку и реагировать на последствия эпидемии для школ, студентов, преподавателей, а также для других ключевых институтов на страновом уровне.

63. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)[28] возглавляет борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа в секторе здравоохранения. Сектор здравоохранения играет центральную роль в деле содействия оказанию эффективных услуг по профилактике, уходу и лечению, однако ее потенциал играть эту роль подрывается в силу недостаточно развитых систем здравоохранения в странах и тяжелых последствий эпидемии. Сильная политическая воля, увеличение глобальных ресурсов, направляемых на борьбу с ВИЧ/СПИДом, накопление дополнительных сведений об оправдывающих затраты мероприятиях, новые методики проведения профилактических мер и расширение доступа к антиретровирусной терапии в настоящее время являются единственной возможностью укрепить системы здравоохранения на местах в целом и обеспечить проведение более действенных и повсеместных ответных мер.

64. Для ВОЗ ВИЧ/СПИД является общеорганизационным приоритетом, и она наращивает свои усилия по оказанию содействия государствам-членам в их борьбе с эпидемией в контексте всеобъемлющего и межсекторального ответа, который был предложен в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (2001 г.). Рекомендации нормативного характера, предоставляемые ВОЗ, подкрепляются стратегией технической помощи, предназначенной для того, чтобы расширять потенциальные возможности стран. Ее основная программа по ВИЧ/СПИДу тесно сопряжена с целым рядом взаимосвязанных областей программы, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, туберкулез, санитарно-гигиеническое просвещение и зависимость от наркотических веществ. Пятилетний план[29] ВОЗ построен с учетом пяти стратегических направлений, и в нем предложен пакет приоритетных практических мер в области здравоохранения:

a) обеспечение того, чтобы люди знали свое ВИЧ-состояние, и проведение для этого необходимых анализов и консультирования, равно как и диагностика состояния здоровья новорожденных;

[28] www.int/topics/hiv_infections/en/

[29] ВОЗ: *WHO's contribution to scaling up towards universal accesst to HIV/AIDS prevention*, *care and treatment, 2006-2010*, February 2006, по адресу: http://www.int/hiv/universalaccess2010/WHOstrategic directions_en_may2006.ppt

b) максимальное расширение вклада сектора здравоохранения в профилактику ВИЧ, каким бы способом он не передавался, и содействие разработке новых технологий профилактики, таких как микробициды;

c) ускорение темпов расширения лечения ВИЧ/СПИДа и ухода за взрослыми и детьми, включая паллиативное лечение, а также антиретровирусную терапию, и объединение усилий по борьбе с ВИЧ/СПИДом с борьбой с туберкулезом;

d) укрепление и расширение систем здравоохранения посредством содействия планированию, управлению и развитию людских ресурсов и стабильному финансированию;

e) инвестирование средств в сбор стратегической информации в целях обеспечения большей эффективности ответных мер, включая контроль за заболеваниями, передающимися половым путем, и за ВИЧ, мониторинг лечения и оперативные исследования.

65. Всемирный банк.[30] Мандат Всемирного банка включает вопросы борьбы с бедностью и повышение качества жизни. Он содействует расширению всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке, прилагая усилия к укреплению национальных стратегий и обеспечению мониторинга и оценки, финансируя всеобъемлющие программы борьбы со СПИДом и обеспечивая то, чтобы СПИД рассматривался в качестве составного элемента более широкой программы развития. К декабрю 2006 года Всемирный банк объявил о выделении 2,7 млрд. долл. США на проведение глобальных программ борьбы со СПИДом, почти половина из которых должна быть выделена на многострановые программы действий по ВИЧ/СПИДу для Африки и Карибского бассейна. При проведении своих политических диалогов со странами-заемщиками Всемирный банк подчеркивает, что борьба с ВИЧ/СПИДом является приоритетом в процессе развития, и указывает на необходимость политической воли на самом высоком уровне, важность проведения систематических реформ здравоохранения, осуществления защиты прав человека, а также проведения межсекторальных реформ, которые бы способствовали сокращению факторов, ведущих к распространению ВИЧ.

66. Всемирный банк полон решимости вносить свой вклад в дело активизации координации и более тесного увязывания и гармонизации своей поддержки с конкретными ответными мерами стран. В ходе первого ежегодного совещания трех ведущих доноров (Глобального фонда, Чрезвычайной программы президента США по СПИДу (ПЕПФАР) и Всемирного банка) в январе 2006 года были разработаны планы действий по усилению координации усилий доноров и оказанию содействия по реализации этих планов. От лица всей семьи ЮНЭЙДС Всемирный банк оказывает услуги по двум важнейшим аспектам: Стратегия и план действий по борьбе со СПИДом (СПДС) оказывает поддержку стратегическому и оперативному планированию национальных ответных мер по СПИДу, а Глобальная группа поддержки мониторинга и оценки проектов по борьбе с ВИЧ/СПИДом (ГАМЕТ) была сформирована в целях улучшения процесса национального мониторинга и расширения национальных возможностей по проведению оценок.

Действия МОТ

67. Конкретный вклад МОТ в усилия ЮНЭЙДС включает:

- трехстороннее членство, позволяющее мобилизовать усилия правительств, работодателей и работников в борьбе с ВИЧ/СПИДом (конкретная роль организаций работодателей и работников изложена ниже);

[30] http://www.worldbank.org/hiv_aids/globalprogram.asp

- непосредственный доступ к рабочим местам, что открывает возможность проведения профилактических мер по ВИЧ/СПИДу, а также обеспечения ухода, поддержки и лечения;
- многолетний опыт в области разработки международных норм о защите прав работников; ряд норм МОТ непосредственно затрагивает проблемы профилактики и управления ВИЧ/СПИДом, а другие акты так или иначе также имеют отношение к этому вопросу;
- глобальная сеть полевых структур и проектов технического сотрудничества;
- существенный потенциал проведения исследований, обмена информацией и обучения.

68. Программа МОТ по ВИЧ/СПИДу и сфере труда (МОТ/СПИД) функционирует как часть сектора социальной защиты. Ее реализация осуществляется на основе новаторского Свода практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда», который был согласован и принят в 2001 году правительствами, работодателями и работниками. В том же году МОТ стала восьмым спонсором ЮНЭЙДС. Впоследствии благодаря финансовой помощи государств-членов эта программа ориентировала свою деятельность на реализацию положений Свода практических правил МОТ и на оказание непосредственной помощи на национальном уровне трехсторонним участникам, которые разрабатывают ответные меры на пандемию ВИЧ/СПИДа. Она также была и остается активным участником программ ЮНЭЙДС и в этом отношении оказывала и оказывает содействие при выработке ответных мер в рамках всей системы ООН и их координации.

69. Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» – это программа действий на рабочих местах, в которой заложены принципы разработки политики и защиты прав работников, а также предусмотрены практические рекомендации относительно программ профилактики, ухода и поддержки. К 2007 году (времени написания настоящего доклада) Свод практических правил был переведен более чем на 54 иностранных языка, и проводится работа по его переводу на другие языки.[31] МОТ применяет Свод практических правил посредством технического сотрудничества, проведения обучения и оказания консультативных услуг правительствам, работодателям и работникам во всех регионах. Сопровождающее его Пособие по обучению и подготовке включает информацию, рекомендации по методологии, примерное содержание курсов и возможные мероприятия по обучению.

70. Помимо проведения Программы МОТ/СПИД и его непосредственного содействия Своду практических правил, деятельность этой программы органично вплетена в работу всех подразделений МБТ. Эпидемия является угрозой для всех из четырех стратегических задач Организации: основополагающих принципов и прав в сфере труда; занятости, получению доходов и развитию навыков; социальной защите; и социальному диалогу. После задействования Программы МОТ по ВИЧ/СПИДу и сфере труда генеральный директор неоднократно подчеркивал важность интеграции проблем ВИЧ/СПИДа во все программы МОТ. В качестве примера можно привести следующую цитату: «Учитывая разносторонний и межсекторальный характер деятельности, связанной с ВИЧ/СПИДом, будет обеспечено, чтобы вопросы и проблемы,

[31] Албанский, амхарский, арабский, армянский, азирийский, бахасский, бангладешский, боснийский, болгарский, китайский, дарийский, английский, эстонский, язык эве, филиппинский, французский, язык га, грузинский, немецкий, хинди, язык хауса, венгерский, язык ибо, итальянский, японский, язык кабиес, язык мина, кхмерский, кишвахили, киргизский, малагасский, монгольский, непальский, аромифийский, уловский, язык пашто, польский, португальский, румынский, русский, язык сесото, язык сетсвана, язык синхала, язык сисвати, испанский, таджикский, тамильский, тайский, турецкий, язык тви, украинский, урду, вьетнамский и язык уоруба.

касающиеся ВИЧ/СПИДа, полномерно учитывались в других программах и во всей деятельности МОТ как в штаб-квартире, так и в полевых структурах».[32]

71. *Техническое содействие*. МОТ оказывает техническое содействие своим государствам-членам, прилагая усилия к тому, чтобы расширять их ответные меры на ВИЧ/СПИД на рабочих местах и благодаря им. Средства, выделенные из бюджета по программе МОТ/СПИД для целей технического сотрудничества, возросли с 2 млн. долл. США в 2001 году до более чем 20 млн. долл. США в 2006-07 двухлетии. Проекты финансируются целым рядом стран, а также за счет средств, получаемых от ЮНЭЙДС и других международных организаций. Общая задача заключается в том, чтобы расширить потенциальные возможности трехсторонних участников МОТ по их участию в национальных усилиях по борьбе со СПИДом, обеспечив, чтобы рабочим местам уделялся необходимый приоритет в национальных планах борьбы со СПИДом, разработке политики в отношении рабочих мест с упором на защите прав работников и проведению эффективных программ. В стратегии использованы сравнительные преимущества сетей МОТ, опыта Организации и ее материалов, в частности Свода практических правил. Ключевые элементы включают поддержку и рекомендации в отношении разработки информационно-разъяснительных мероприятий, планирования и проведения политики; подготовку координаторов из числа трехсторонних участников и воспитателей на рабочих местах среди сверстников и сослуживцев; интеграцию аспектов ВИЧ/СПИДа во всей деятельности и структурах предприятий (например, программы развития людских ресурсов и обеспечения благосостояния работников, комитеты по безопасности и гигиене труда (БГТ)); оказания непосредственных услуг или привлечения к этому процессу государственных служб, включая активное проведение кампаний под девизом «Знай свой статус».

72. Практические мероприятия и проекты по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах в настоящее время проводятся более чем в 70 странах. Программа МОТ/СПИД оказывает содействие правительствам по разработке, интеграции и проведению на рабочих местах ответных мер в рамках мер реагирования на ВИЧ/СПИД в национальных масштабах. Проводятся всеобъемлющие программы на рабочих местах по борьбе со стигматизацией и дискриминацией, и эти программы содействуют расширению всеобщего доступа к профилактике и лечению благодаря совместным усилиям работодателей и работников, прямой поддержке отдельным предприятиям, а также обучению работников, сотрудничающих с министерствами труда, таких как судьи по трудовым вопросам, должностных лиц промышленных трибуналов и инспекторов труда. Охваченными секторами являются розничная торговля, туризм и гостиничное дело, транспорт, товарное сельскохозяйственное производство, коммунальное хозяйство, горнорудные предприятия, обрабатывающая промышленность, финансы и неформальный сектор.

73. Несмотря на очевидные преимущества программ на рабочих местах, средства, выделяемые на их проведение, представляют собой лишь малую толику международной помощи, выделяемой странам для борьбы с эпидемией и ее последствиями. Перед МОТ встает приоритетная задача обеспечить повышение доли финансирования в интересах трехсторонних участников, а также предприятий, которые разрабатывают свои собственные ответные меры на эпидемию. В этом контексте расширяется сотрудничество с Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФАТМ), и усилия прилагаются к тому, чтобы содействовать мобилизации ресурсов при участии трехсторонних участников МОТ в целях того, чтобы добиться расширения и устойчивости ответных мер в сфере труда на страновом уровне.

[32] МОТ, Циркуляр No. 187(Rev.1), Series 2, 26 Feb. 2001.

74. *Другие программы МОТ*. Поскольку ВИЧ/СПИД воздействует на различные направления деятельности МОТ, ответные меры разрабатываются всеми основными департаментами и программами Организации.

75. *Международные трудовые нормы*. Хотя на сегодняшний день нет ни одной международной трудовой нормы, непосредственно посвященной ВИЧ/СПИДу,[33] Контрольные органы МБТ признают серьезность последствий эпидемии для реализации прав человека и прав работников. Как указывается в последующих главах, это рассматривается как проявление дискриминации в соответствии с положениями Конвенции 1958 года о дискриминации в области труда и занятий (111). Серьезные последствия эпидемии для детского труда и те преимущества, которые могут быть получены в ходе борьбы с ней благодаря свободе объединения и ведения коллективных переговоров, являются еще одной важной причиной необходимости учитывать проблемы ВИЧ/СПИДа при рассмотрении вопроса о том, каким образом выполняются конвенции по этим вопросам. Кроме того, применение норм МОТ по социальному обеспечению, по службам охраны труда и по безопасности и гигиене труда является жизненно важным элементом проведения ответных мер МОТ на ВИЧ/СПИД.

76. Международная программа по упразднению детского труда (ИПЕК) рассматривает взаимосвязи между ВИЧ/СПИДом и детским трудом начиная с 2001 года, при этом особый упор делается на проблемах детей, потерявших одного или обоих родителей по причине СПИДа. Данные последнего времени свидетельствуют, что к концу 2007 года лишь в странах Африки к югу от Сахары насчитывалось 11,4 млн. сирот.[34] ИПЕК сформировала базу знаний, касающуюся взаимосвязей между детским трудом, в частности проявляющимся в его наихудших формах, и с сиротами в результате заболевания СПИДом родителей и их уязвимости.[35] В результате, был разработан трехлетний проект под названием «Борьба и предотвращение детского труда в результате ВИЧ/СПИДа в странах Африки к югу от Сахары». Данный проект нацелен на оказание помощи пострадавшим от ВИЧ/СПИДа мальчикам и девочкам, занимающимся детским трудом или находящимся в ситуации, когда они рискуют быть вынужденными заниматься детским трудом, в Уганде и Замбии. Она также ориентирована на распространение инструментальных средств по вопросам ВИЧ/СПИДа и детского труда. В рамках проекта были сформированы общинные структуры и механизмы социальной защиты в интересах семей, пострадавших от ВИЧ/СПИДа. Успешно применяемые механизмы социальной защиты включают такие области, как деятельность, приносящая доход, и сберегательные системы. Эти пилотные модели будут представлены для их тиражирования в других странах данного субрегиона. Кроме того, проект поддерживает правительства Уганды и Замбии в их стремлении всемерно учитывать вопросы ВИЧ/СПИДа в политике и программах, нацеленных на борьбу в Национальных масштабах с детским трудом. Проект поддерживает контакты с организациями работодателей и работников в обеих странах в целях углубления осознания остроты проблем и проведения по данному вопросу соответствующего обучения. В рамках проекта разрабатываются также инструменты в интересах директивных органов и лиц, отвечающих за разработку программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом и детским трудом, и оказывается содействие тиражированию передовой практики в странах субрегиона.

77. *Сектор занятости* (EMPLOYMENT). Программа по развитию предпринимательства среди женщин и гендерному равенству (WEDGE) предпринимала меры по всемерному учету в своей деятельности проблем ВИЧ/СПИДа. Эта программа является одной из составляющих программы содействия региональному партнерству,

[33] Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве является первым нормативным актом, в котором присутствует прямая ссылка на ВИЧ/СПИД.

[34] ЮНЭЙДС и ВОЗ: *AIDS epidemic update, декабрь 2007.*

[35] по адресу: www.ilo.org/child labour.

проводимой совместно МОТ и Ирландией; двумя другими компонентами являются «Программа развития предпринимательства женщин-инвалидов» (DEWD) и «Программа содействия возможностям трудоустройства и занятости лиц с ограниченной дееспособностью благодаря эффективному законодательству» (PEPDEL). Сектор занятости тесно сотрудничает с программой МОТ/СПИД по разработке стратегий и практических действий по расширению занятости и возможностей лиц, живущих с ВИЧ, получать доход.

78. *Сектор социального диалога* (DIALOGUE). Данный сектор несет ответственность за программу работы, учитывающую важность укрепления правовых систем во имя обеспечения того, чтобы всячески поддерживались усилия по борьбе с ВИЧ/СПИДом в рамках эффективных правовых основ и механизмов контроля за их соблюдением; она оказывает помощь социальным партнерам и другим заинтересованным сторонам (судам по трудовым вопросам, судьям и инспекторам труда) расширять свои потенциальные возможности и применять соответствующие трудовые нормы, усовершенствованное национальное законодательство и Свод практических правил МОТ 2001 года. В период 2006-07 годов программа МОТ/СПИД в сотрудничестве с сектором социального диалога осуществила подготовку 100 инспекторов труда из Мозамбика, Замбии и Малави и 170 судей из 15 стран: Бенина, Буркина-Фасо, Камеруна, Демократической Республики Конго, Эфиопии, Лесото, Малави, Маврикия, Мозамбика, Нигерии, Южной Африки, Объединенной Республики Танзании, Того, Замбии и Зимбабве. Это в свою очередь позволит добиться более строгого следования нормам трудового законодательства и законодательства по безопасности и гигиене труда, а также нормативам, действующим на рабочих местах, и обеспечит недискриминационную и безопасную трудовую среду. Уже сегодня МОТ располагает инструментами, позволяющими ей обогащать свои программы обучения. Таковыми являются:

- *Руководство по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах благодаря трудовым законодательству и праву* включает рекомендации технического характера по вопросу о том, как лучше, учитывая различные национальные условия и правовые традиции, интегрировать весь свод международных принципов, разработанный в области трудового законодательства, с особым акцентом на передовой практике;
- *Руководство по ВИЧ/СПИДу для инспекторов труда и фабричных инспекторов* оказывает содействие инспекторам труда решать проблемы, связанные с ВИЧ/СПИДом, применяя Свод практических правил МОТ, и разъясняя, почему ВИЧ/СПИД является трудовой проблемой и вызовом в области развития, анализировать взаимосвязи между проблемами ВИЧ/СПИДа и принципами и практикой служб инспекции труда с особым упором на аспектах безопасности и гигиены труда, а также разрабатывать практические инструментальные средства для использования в ходе инспекционных проверок и в помощь инспекторам учитывать аспекты ВИЧ/СПИДа в своей будущей деятельности;
- *Применение Свода практических правил МОТ: Руководство для судей по трудовым вопросам*. Проводились мероприятия по подготовке кадров в целях более глубокого понимания судьями по трудовым вопросам норм и принципов МОТ, касающихся ВИЧ/СПИДа, и каким образом они могут использовать их в своей работе. В ходе этой подготовки, а также при разработке указанного руководства, за основу был взят Свод практических правил МОТ; в Руководстве приводятся также примеры того, каким образом применяются принципы Свода в Национальном законодательстве и юриспруденции.

79. Странами, отобранными для этого компонента подготовки и исследований, являются: Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Камерун, Демократическая Республика Конго, Эфиопия, Лесото, Малави, Маврикий, Мозамбик, Нигерия, Южная Африка, Того и

Зимбабве. А Бенин, Ботсвана, Лесото и Того отобраны в качестве пилотных стран для интенсивного обучения инструкторов сетей развития, чтобы они эффективнее могли решать психосоциальные вопросы, связанные с ВИЧ/СПИДом.

80. Целевыми группами являются предприятия частного сектора, а также организации работодателей, профсоюзы и соответствующие правительственные учреждения (трибуналы и суды, консультативные советы по трудовым вопросам и национальные советы по БГТ и СПИДу): будет углублено их понимание последствий ВИЧ/СПИДа и укреплены их потенциальные возможности по применению национального законодательства, политики и программ, а также их возможности вносить свой вклад в совершенствование такого законодательства, в случае необходимости, на основе результатов исследований, вошедших в обширное справочное пособие.[36]

81. Программа отраслевой деятельности (SECTOR), начиная с 2004 года, проводит межсекторальную программу действий по ВИЧ/СПИДу, которая предусматривала и предусматривает разработку инструментальных средств и направлений деятельности совместно с программой МОТ/СПИД для сельского хозяйства, сектора строительства, сферы образования, здравоохранения, сектора гостиниц и туризма, горнорудной и транспортной промышленности. Примеры включают: разработку и корректировку совместной политики МОТ/ЮНЕСКО на рабочих местах по ВИЧ/СПИДу в секторе образования в Карибском бассейне и на юге Африки; разработку руководства по ВИЧ/СПИДу для сектора транспортного комплекса, проведение учебного семинара в Южной Африке и подготовку пакета инструментальных средств для управляющих, водителей и инструкторов; и работу по подготовке рекомендаций для секторов строительства, гостиниц, горнорудной промышленности и розничной торговли. Наибольший интерес представляют Совместное руководство МОТ/ВОЗ по службам здравоохранения и ВИЧ/СПИДу, которое содействует безопасности и гигиене труда, повышает осознание серьезности проблем СПИДа среди работников здравоохранения, выступает против дискриминации и способствует укреплению систем здравоохранения.

82. Бюро в интересах деятельности работодателей (ACT/EMP) и Бюро в интересах деятельности работников (ACTRAV) являются основным связующим звеном между программой МОТ/СПИД и трехсторонними участниками, занимаются их информированием, оказывают им консультативную помощь и поддерживают контакты с программой МОТ/СПИД, равно как и предоставляют информацию, консультативные услуги и меры поддержки для организаций работодателей и работников. Чрезвычайно важным элементом работы программы МОТ/СПИД является то, что все мероприятия проводятся с привлечением трехсторонних участников, а проблема ВИЧ/СПИДа стимулировала глобальные, региональные и национальные органы, представляющие интересы социальных партнеров (более подробно см. ниже), к тому, чтобы пойти на беспрецедентные ответные меры. Этот процесс требует технического вклада со стороны программы МОТ/СПИД, но управление им и контроль за ним осуществляются двумя указанными бюро раздельно, но при проведении консультаций.

Изменения в рамках международных ответных мер

83. Наряду с расширением обязательств собственно пострадавших стран, создание Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, проведение программ Всемирного банка борьбы со СПИДом, расширение обязательств стран-доноров (особенно США) и деятельности ассоциаций частного сектора привели к тому, что, по расчетам, общие размеры финансирования, выделяемого на борьбу со СПИДом, увеличились с 2,8 млрд. долл. США в 2002 году до 8,9 млрд. долл. США в 2006 году. При том что необходимы более обширные ресурсы, сейчас испытывается безотлагательная

[36] J. Hodges: *Digest of good legislative practices relating to HIV/AIDS in selected African countries*, ILO/DIALOGUE, намечено к изданию в ноябре/декабре 2007 г.

необходимость более широкой поддержки и сотрудничества со странами, наиболее пострадавшими от СПИДа, и при этом важно избегать дублирования усилий и фрагментации ресурсов.

- Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией был создан для того, чтобы «существенно увеличить ресурсы, привлекаемые для борьбы с тремя наиболее опасными заболеваниями, и направить их на территории, более других нуждающиеся в них».[37] Он рассматривается как партнерство между правительствами, гражданским обществом, частным сектором и пострадавшими общинами. Начиная с 2002 года[38] в 136 странах было истрачено 7 млрд. долл. США, и сегодня он является основным источником средств для борьбы с этими тремя заболеваниями. Фонд указывает, что до настоящего времени им было спасено 2 млн. человеческих жизней, главным образом благодаря раздаче москитных сеток и предоставлению анти-ВИЧ лекарств. Глобальный фонд:
  - функционирует как финансовый инструмент, а не исполняющее звено;
  - мобилизует и распределяет дополнительные финансовые ресурсы;
  - поддерживает программы, отражающие принципы национальной ответственности за их выполнение.

84. Начиная с 2001 года Глобальный фонд привлек 4,7 млрд. долл. США на финансирование программ в период до 2008 года. В ходе первых двух раундов выделения грантов ресурсы Фонда для оказания финансовой поддержки 154 программ в 93 странах мира составили 1,5 млрд. долл. США. Такое существенное пополнение средств поможет многим странам поднять существующие там программы на уровень, соразмерный с имеющимися потребностями. В то же время и другие страны приступят к осуществлению новых программ там, где из-за хронической нехватки средств не предпринималось ничего. В будущем способность Глобального фонда оказывать поддержку экспансии оправданных интервенций в этой сфере будет полностью зависеть от его способности привлекать дополнительные средства. По расчетам Фонда, к 2010 году ему потребуется 8 млрд. долл. США, чтобы поставить под контроль это заболевание. Он тесно сотрудничает с другими многосторонними и двусторонними организациями, занимающимися проблемами здравоохранении и развития, добиваясь того, чтобы вновь финансируемые программы координировались с уже проводимыми. Во многих случаях его партнеры участвуют в местных страновых координационных механизмах, оказывая широкую техническую поддержку в ходе разработки предложений и выполнения программ.

85. Следующим наиболее важным источников финансирования является программа, разработанная правительством Соединенных Штатов Америки по борьбе со СПИДом и малярией в рамках Чрезвычайного плана президента США борьбы со СПИДом (ПЕПФАР).[39] Эта программа нацелена на оказание помощи в области лечения не менее чем 2 млн. людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, предотвращение нового инфицирования 7 млн. лиц и оказание поддержки по уходу за 10 млн. лиц, зараженных или страдающих от ВИЧ, включая сирот и уязвимых групп детей. ПЕПФАР действует более чем в 120 странах мира, при этом особое внимание уделяется 15 странам Африки, Азии и Карибского бассейна, в которых проживает около 50% всех лиц, инфицированных ВИЧ, в мире: Ботсване, Кот-д'Ивуару, Эфиопии, Гайане, Гаити, Кении, Мозамбику, Намибии, Нигерии, Руанде, Южной Африке, Объединенной Республике Танзании, Уганде, Вьетнаму и Замбии.

---

[37] Веб-сайт Глобального фонда: http://www.theglobalfund.org/EN/about/how

[38] Donald G. McNeil, in an article in the *International Herald Tribune*, 28 Sep. 2007.

[39] См.: www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/pepfar.html

86. Другим неправительственным источников координации является Глобальная инициатива Клинтона (ГИК),[40] выдвинутая бывшим президентом США Биллом Клинтоном в 2005 году; «она должна помочь всему миру преодолеть пределы сегодняшнего состояния глобализации и добиться более интегрированного глобального объединения коллективных преимуществ, ответственности и ценностей». ГИК объединяет сообщество глобальных лидеров, прилагающих усилия к тому, чтобы осуществлять поиск и реализацию инновационных решений некоторых из наиболее актуальных вызовов. ГИК не выделяет грантов и не занимается сбором прямых пожертвований для проведения программ. Вместо этого она выступает в роли динамичного «рынка», давая возможность встретиться людям, имеющим ресурсы, и тем, кто обладает организационными возможностями добиться высоких результатов на местах. Сотрудники ГИК работают с участниками до начала, в ходе и после каждого ежегодного совещания, занимаясь определением и расширением обязательств, а также следя за достигаемым прогрессом.

87. Ассоциация Билла и Мелинды Гейтс[41] проводит свою деятельность, исходя из того, что предотвращение распространения ВИЧ является наиболее надежным долгосрочным решением на эпидемию СПИДа, и это является самым высоким приоритетом данной ассоциации. Она поддерживает усилия, направленные на то, чтобы положить конец распространению ВИЧ, в том числе занимается разработкой безопасной, эффективной и финансово доступной ВИЧ-вакцины, микробицидных гелей или кремов, которые женщины могли бы использовать для собственной защиты от инфекции ВИЧ, передающихся половым путем, проводит широкомасштабные инициативы, направленные на расширение доступа к существующим средствам профилактики ВИЧ как в странах с зарождающейся эпидемией, так и тех, которым уже сегодня характерны высокие уровни инфицированного ВИЧ населения, а также проводит информационно-разъяснительные мероприятия, стремясь заручиться поддержкой научных кругов в целях остановки эпидемии.

88. Глобальная рабочая группа по предотвращению ВИЧ[42] является коллективом, включающим более 50 ведущих экспертов государственных служб здравоохранения, врачей-клиницистов, исследователей в области биомедицины и поведенческих структур, представителей секретариата ЮНЭЙДС и ее совместных спонсоров, правозащитников и лиц, страдающих от ВИЧ/СПИДа, которые работают под эгидой Ассоциации Билла и Мелинды Гейтс и Ассоциации семьи Генри Дж. Кайзера.[43] Рабочая группа осуществляет информирование представителей директивных органов всего мира, планирует составление программ и принимает решения относительно выделения средств на проведение мероприятий по предотвращению ВИЧ, а также занимается пропагандой проведения всеобъемлющих ответных мер на ВИЧ/СПИД, включающих профилактику, лечение и уход.

Поднятие ответных мер на новую высоту

89. В последнее время поступают сведения о том, что несмотря на массивное поступление дополнительных средств и координацию ответных мер, последние остаются неадекватными и не позволяют эффективно бороться с ВИЧ/СПИДом.

[40] www.clintonglobalinitiative.org

[41] www.gatesfoundation.org

[42] www.globalhivprevention.org

[43] www.kff.org

90. В сентябрьской публикации ЮНЭЙДС 2007 года[44] говорится, что «несмотря на заметное увеличение финансирования ответных мер в связи с ВИЧ в течение текущего десятилетия, разрыв между имеющимися ресурсами и средствами, необходимыми для обеспечения всеобщего доступа к профилактике и лечению, в ближайшие несколько лет будет увеличиваться, если не изменится сегодняшняя тенденция финансирования».[45] В ней отмечается заметное увеличение объемов финансирования в последние годы, однако указывается, что «даже в условиях такого увеличения страны мира не добьются всеобщего доступа к мерам профилактики и лечения ни к 2010, ни к 2015 году. В случае если сегодняшняя тенденция не изменится, в 2010 году лишь 4,6 млн. человек будут получать антиретровирусное лечение, другими словами приблизительно две трети от численности лиц, нуждавшихся в лечении антиретровирусными препаратами в 2006 году. К 2015 году, по оценкам, 8 млн. человек будут проходить антиретровирусную терапию».[46] При этом проблема может быть решена не столько за счет изыскания дополнительных ресурсов, сколько за счет повышения эффективности их использования, преследуя цель достижения всеобщего доступа к профилактике и лечению и решения таких проблем, как бедность, безработица молодежи и проблемы гендерного равенства.

91. Глобальная рабочая группа по предотвращению ВИЧ в своем последнем докладе указывала[47]:

> Не следует пренебрегать возможностями профилактики ВИЧ-инфекции. Существуют эффективные средства предотвращения любого способа передачи ВИЧ; идеи борьбы с ВИЧ-инфекцией получили широкую политическую поддержку; с 2001 по 2006 год финансирование программ борьбы с ВИЧ-инфекцией в странах с низким и средним уровнем доходов увеличилось в шесть раз. Однако, если за последние годы все больше усилий направлено на борьбу с эпидемией и, в частности, на повышение доступности лечения, то работа по снижению распространенности ВИЧ-инфекции ведется очень низкими темпами. … Если не сократить число новых случаев заражения ВИЧ, то глобальная работа по широкодоступному лечению СПИДа будет сильно затруднена, миллионы людей умрут от ВИЧ, заражение которым можно было предотвратить. С 2003 по 2006 год наблюдалось значительное повышение доступности антиретровирусного лечения – с 8 до 28% в мировом масштабе, что наглядно иллюстрирует, каких результатов можно добиться с помощью активной борьбы с ВИЧ-инфекцией, повышенного финансирования и коллективных усилий. В данный момент вопросам профилактики ВИЧ уделяется наибольшее внимание за весь период существования заболевания.

92. Далее в докладе выдвигается ряд рекомендаций, которые все без исключения относятся к деятельности МОТ и включают такие элементы, как тройное повышение существующего финансирования, стимулирование национальных процессов, не допускающих изоляции, в каждой стране по разработке, мониторингу и совершенствованию национальных стратегических планов борьбы с ВИЧ, которые одновременно поднимают на новую высоту профилактику и лечение ВИЧ с учетом фактических данных, расширяют сотрудничество среди многосторонних учреждений и других доноров, а также позволяют вырабатывать рекомендации для учреждений и лиц, осуществляющих уход, для исследовательских организаций и для всего гражданского общества.

---

[44] ЮНЭЙДС: *Финансовые ресурсы, необходимые для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ*, 2007, op. cit.

[45] ibid., p. 1.

[46] ibid., p. 5.

[47] Глобальная рабочая группа по предотвращению ВИЧ: *Bringing HIV prevention to scale: An urgent global priority*, Executive Summary, June 2004, по адресу: http://www.globalhivprevention.org

93. Недавно ЮНЭЙДС опубликовала практические рекомендации «Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention», которые конкретизируют данное предложение.[48]

94. Сама МОТ, ограниченная в финансовых средствах, не может повлиять на преодоление существующего разрыва в финансировании. Однако она может внести свой вклад в расширение сотрудничества и взаимодействия, а также привнести свой накопленный опыт на рабочие места в более широком круге стран и повлиять на совершенствование методов работы. Наиболее важно для настоящего доклада – показать, что МОТ и ее трехсторонние участники могут обеспечить, чтобы возможности и вызовы, с которыми сталкиваются работники на своих рабочих местах, не были упущены при проведении глобальных ответных мер на ВИЧ/СПИД.

Изменения, требующие принятия Рекомендации МОТ

95. После принятия в 2001 году Свода практических правил МОТ ситуация изменилась как с точки зрения последствий эпидемии, так и в отношении того, как реагируют на нее страны, международные организации и другие заинтересованные стороны. Во-первых, как указывалось выше, эпидемия продолжала распространяться, и в отдельных регионах ее распространение происходило чрезвычайно высокими темпами. Сегодня целый ряд стран должен впервые приступить к нахождению ответов на нее, понимая, какие последствия носит эта эпидемия, которые не прекратятся и в будущем для их обществ. Усовершенствовались методы измерения, а пересмотренные эпидемиологические данные будут содействовать тому, чтобы ответные меры более целенаправленно ориентировались на различные виды эпидемий в различных регионах и странах.

96. Тот факт, что в настоящее время имеется эффективное лечение, причем стоимость которого более широко доступна, приводит к тому, что во многих случаях в ходе дискуссий основное внимание уделяется не стратегии защиты, а стратегии реверсирования воздействия эпидемии, спасения жизней и оказания содействия по сохранению и восстановлению экономик, которые были разрушены вследствие эпидемии. Шире должны быть известны и глубже анализироваться примеры передового опыта, а извлеченные уроки необходимо протоколировать и применять на практике и внедрять в практическую деятельность в более широких масштабах. Один из выводов, который можно сделать из настоящего доклада, заключается в том, что сегодня ответные меры зачастую носят частичный характер и должны быть более последовательными и широкомасштабными.

97. Третье соображение заключается в том, что в настоящее время имеется возможность получения больших объемов международной помощи, которая могла бы быть адресована наиболее бедным странам для их борьбы с эпидемией. Хотя предприятия и профсоюзы во многих странах по необходимости изыскивают собственные пути реагирования, многие из них носят творческий и эффективный характер, а сфера труда часто оказывается обделенной с точки зрения международной помощи и не может добиться того, чтобы эти усилия успешно были интегрированы в более широкие ответные меры. Хотелось бы надеяться на то, что настоящее обсуждение позволило изменить это положение в лучшую сторону.

98. Становится очевидным, что в борьбе с ВИЧ/СПИДом можно добиться прогресса, если принимать необходимые меры предосторожности и иные меры. Первым аспектом этого является профилактика. ВИЧ передается через жидкости организма (кровь,

[48] ЮНЭЙДС: *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*, op. cit.

сперма, грудное молоко), главным образом в ходе незащищенных половых связей, переливания крови, родов и грудного кормления, либо же в результате использования зараженных инъекционных средств и инструментария. Действия на рабочих местах эффективно содействуют профилактике во всех этих областях, как благодаря непосредственно прямым мерам безопасности и гигиены труда, так и благодаря информации и обучению, которые, в первую очередь, ориентированы на повышение роли добровольного консультирования и проведения анализов. Передача вируса в качестве профессионального риска может быть предотвращена в большинстве случаев, когда используются меры предосторожности. В Своде практических правил МОТ разъясняется общее применение мер предосторожности (которые называются также стандартными мерами предосторожности), основанных на том принципе, что кровь и некоторые жидкости организма всех без исключения лиц, независимо от их статуса предполагаемого инфицирования, должны рассматриваться как потенциально заразные. Необходимо принимать меры предосторожности, чтобы не допустить, чтобы эти жидкости организма, особенно кровь, поступали в организм либо по причине производственного заражения, либо несчастного случая на рабочем месте. Передача инфекции как профессиональное заболевание может быть предупреждена в большинстве производственных условий, когда общие меры предосторожности становятся нормой и когда доступными являются мероприятия по профилактике после контакта с источником заражения. Широко доступны сведения о том, каким образом можно этого добиться, однако существуют препятствия и недостатки в практическом применении соответствующих мер, такие как отсутствие материалов или средств и оборудования. Одна из целей предлагаемой Рекомендации должна заключаться в том, чтобы помогать выявлять ситуации, в которых эта проблема может быть разрешена благодаря использованию знаний и опыта МОТ в области БГТ, а также прибегая к содействию со стороны трехсторонних участников МОТ.

99. Заражение ВИЧ происходит также путями, которые не имеют прямого отношения к рабочим местам. Тем не менее, несомненны его последствия для рабочих мест. Это одна из причин того, что работодатели во многих случаях проводят информационно-разъяснительные мероприятия и предпринимают даже более активные меры по борьбе с ВИЧ/СПИДом, которые выходят далеко за рамки БГТ, о чем говорится в главе III.

100. После того как произошло заражение ВИЧ, лечение во многих местах становится все более широко доступным как физически, так и материально. Однако его доступность по-прежнему не носит всеобщего характера, и, в случае если на лечение антиретровирусными препаратами и другими средствами не выделяется значительных субсидий, для большинства инфицированных лиц такое лечение остается недосягаемым.

101. Резюмируя вышеизложенное, можно сказать, что отмечаются быстрые изменения как в эпидемиологии, так и в проведении ответных мер на ВИЧ/СПИД, и кроме того, эволюционируют подходы на рабочих местах к этой эпидемии. Реагирование МОТ строилось и строится на принципах защиты прав человека, и сегодня настало время пересмотреть и усилить эти ответные меры. В то же время взаимосвязи между различными подходами и соображениями носят сложный характер, и они постоянно видоизменяются. Эти соображения заставили Административный совет прйти к выводу, что вполне своевременно рассмотреть вопрос о принятии Рекомендации по ВИЧ/СПИДу и сфере труда.

Глава II

Основные области практических мер

102. Консультации, проводимые как внутри, так и вне Организации, свидетельствуют, что некоторые принципы, заложенные в Своде практических правил МОТ, выполняются не в полной мере. Настоящий доклад должен позволить ответить на вопрос, каким образом эти и другие проблемы, включая изменения эпидемиологической ситуации и реагирование на них, следует учесть в предлагаемой рекомендации; и какие другие меры можно было предпринять по содействию применению Свода практических правил и предлагаемой рекомендации. В любом случае, рекомендация послужит основой расширения национального реагирования на эту эпидемию, а также руководством к действию для МОТ в этой области.

103. Борьба против ВИЧ/СПИДа предполагает учет различных соображений, которые оказывают воздействие друг на друга. Концепция всеобщего доступа к мерам профилактики и лечения призвана обеспечить учет ключевых элементов всеобъемлющих мер реагирования и рассматривать их в зависимости от конкретной национальной ситуации; при этом ее необходимо рассматривать в более широком контексте, носящем основанный на правах характер, и она должна принимать во внимание диапазон факторов, воздействующих на эпидемию.

Всеобщий доступ к мерам профилактики, лечения, ухода и поддержки

104. Конечная цель усилий содействия со стороны МОТ в рамках мероприятий ЮНЭЙДС заключается в обеспечении всеобщего доступа к мерам профилактики, лечения, ухода и поддержки. Для того чтобы добиться достижения Целей развития тысячелетия в области борьбы с ВИЧ/СПИДом – остановить и повернуть вспять распространение эпидемии к 2015 году, – людям потребуется существенно более широкий доступ к мерам профилактики ВИЧ и лечения СПИДа, ухода и поддержки, чем это возможно в настоящее время. По этой причине глобальное сообщество посредством резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, принятой 23 декабря 2005 года, и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу, принятой в июне 2006 года, взяло на себя обязательство существенно расширить деятельность для достижения цели обеспечения всеобщего доступа к всеобъемлющим программам профилактики, лечения, ухода и поддержки к 2010 году.[1] Предлагаемая рекомендация является частью этих мер реагирования.

105. Концепция всеобщего доступа, за которой последовала кампания «три на пять» и которая преследовала цель добиться того, чтобы к 2005 году АРЛ применялось к 3 млн. лиц, живущим с ВИЧ/СПИДом. Это важный шаг вперед в двух отношениях: во-первых, основное внимание вновь уделяется мерам профилактики, и, во-вторых,

[1] Резолюция 60/262 Генеральной Ассамблеи ООН: Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу.

многие страны возложили на себя ответственность и в настоящее время осуществляют пересмотр своих планов борьбы со СПИДом и устанавливают соответствующие цели. Всеобщий доступ зиждется на принципе, что каждый человек должен иметь право на медицинское обслуживание и социальную защиту, и является частью обязательств МОТ как одного из спонсоров ЮНЭЙДС. Рабочие места являются именно тем местом, где можно обеспечить всеобщий доступ и добиться решения важнейшего вопроса, касающегося защиты прав.

106. Медицинское обслуживание и социальная защита предусматривают следующие жизненно важные элементы с точки зрения борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа:

- Доступность профилактических мер.
- Доступность антиретровирусного лечения (АРЛ), в случае необходимости (и лечения оппортунистических инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза).
- Доступность медицинского обслуживания.
- Доступность медицинского обеспечения для членов семьи и иных форм помощи и поддержки.

107. С точки зрения рабочих мест это означает также конфиденциальность личных данных, равно как и гарантии занятости, поддерживаемые социальным диалогом. Те компании, работники которых в массе своей прошли добровольное консультирование и сдали анализы, являются теми компаниями, которые обеспечили то, чтобы эти условия были выполнены, что, в свою очередь, обеспечивает стабильность и устойчивость их деятельности. Многие из аспектов этих ответных мер следует рассматривать с точки зрения прав человека.

Проблемы прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом

108. В связи с ответными мерами на ВИЧ/СПИД неизбежно возникают вопросы, касающиеся прав человека. Последние включают права, способствующие предотвращению передачи и распространения этого заболевания, права тех лиц, которые живут с ВИЧ или которым приписывается состояние инфицированных ВИЧ, права семей, работников здравоохранения и прочих лиц, которые оказываются стигматизированными по ассоциации, а также права групп, таких как лиц, потребляющих инъекционные наркотики, или мужчин, имеющих однополые связи и которые могут быть подвержены более высокому, чем в среднем, риску оказаться инфицированными ВИЧ. Некоторые из этих прав предусмотрены в международных конвенциях, непосредственно относящихся к ВИЧ/СПИДу, некоторые содержатся в других документах.[2] Во всех случаях ВИЧ/СПИД в значительной степени представляет собой проблему, касающуюся прав человека.

109. На веб-сайте ЮНЭЙДС эта проблема изложена следующим образом:[3]

> Риск инфицирования ВИЧ и его последствия зависят от нарушения прав человека, включая дискриминацию против женщин и маргинализованных групп населения, таких как работников секс-бизнеса, лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и мужчин,

[2] В настоящем докладе упоминается ряд международных актов по правам человека. Одно из первых провозглашений принципов прав человека было сделано в 1996 г. в Международном руководстве по ВИЧ/СПИДу и правам человека, которое было подтверждено в 2002 г. и нашло отражение в работе ЮНЭЙДС и ее участников после этого. Они отражены также в Своде практических правил МОТ. С ними можно ознакомиться по адресу: http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/docs/consolidated_guidelines.pdf

[3] См. веб-сайт ЮНЭЙДС по адресу: http://www.unaids.org/en/Policies/Human_rights/default.asp

практикующих секс с мужчинами. ВИЧ часто ведет к нарушению прав человека, что проявляется в усугублении дискриминации и насилии. За последнее десятилетие еще более осознанной стала настоятельная необходимость проведения действенных ответных мер борьбы с эпидемией и ее последствиями. Защита прав человека и содействие общественному здравоохранению, безусловно, являются взаимообогащаемыми элементами.

Международной системой защиты прав человека в рамках ее ограниченным по срокам выполнения обязательств (самым последним примером того может служить Политическая декларация 2006 года по ВИЧ/СПИДу, принятая на пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН), безоговорочно признается статус ВИЧ-инфицированных лиц как запрещенное основание для дискриминации. Однако, доклады свидетельствуют, что по-прежнему широко распространены стигматизм и дискриминация лиц, живущих с ВИЧ. Более того, меры в ответ на ВИЧ недостаточно увязываются с содействием, защитой и реализацией прав человека. Некоторые страны до сих пор проводят политику, препятствующую доступности и эффективности мер, связанных с ВИЧ и ориентированных на профилактику и обеспечение ухода. Примерами могут служить законодательные акты, объявляющие вне закона секс по обоюдному согласию между мужчинами, запрет на презервативы и шприцы для заключенных, а также использование статуса проживания в целях ограничения доступа к мерам профилактики и лечения. В то же время не узакониваются или же не полностью применяются или соблюдаются законодательные акты и нормативные правовые положения в защиту лиц, живущих с ВИЧ, против дискриминации.

110. В 2001 году на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН была принята «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом», которая включала обязательство в отношении защиты прав человека на национальном уровне:

37. К 2003 году обеспечить разработку и осуществление многосекторальных национальных стратегий и финансовых планов для борьбы с ВИЧ/СПИДом, которые: напрямую раскрывали бы суть этой эпидемии; осуждали бы связанные с ней стигматизацию, умолчание и отчуждение; рассматривали бы гендерные и возрастные аспекты эпидемии; устранили бы дискриминацию и маргинализацию; предусматривали бы налаживание партнерских связей с гражданским обществом и деловыми кругами, а также всестороннее участие лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, уязвимых групп и лиц, подвергающихся наибольшей угрозе, особенно женщин и молодежи; обеспечивались бы по мере возможностей ресурсами из национальных бюджетов, равно как и из других источников, в частности по линии международного сотрудничества; полностью учитывали бы и поощряли права человека и основные свободы, включая право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья; учитывали бы гендерные аспекты; затрагивали бы такие вопросы, как риск, уязвимость, профилактика, уход, лечение и поддержка и смягчение последствий эпидемии; и укрепляли бы потенциалы в области здравоохранения; образования и правовой системы.[4]

111. В ходе пересмотра этих обязательств на другой специальной сессии в 2006 году в работе Генеральной Ассамблеи впервые принимали участие представители гражданского общества, которые подчеркнули важность привлечения к проведению мероприятий против эпидемии лиц, живущих с ВИЧ. Генеральная Ассамблея приняла следующую формулировку:

11. [Мы, главы государств и правительств и представители государств и правительств,] подтверждаем, что осуществление всех прав человека и основных свобод в полном объеме для всех является исключительно важным элементом глобального ответа на пандемию ВИЧ/СПИДа, в том числе в сферах профилактики, лечения, ухода и поддержки, и признаем, что решение проблемы остракизма и дискриминации является также принципиально важным элементом борьбы с глобальной пандемией ВИЧ/СПИДа.[5]

[4] Резолюция Генеральной Ассамблеи A/Res/S-26/2: Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, 2 августа 2001 г.

[5] Резолюция Генеральной Ассамблеи A/Res/60/262: Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу, 15 июня 2006 г.

112. Свод практических правил МОТ не содержит всеобъемлющего заявления на счет прав человека, но он основан на правах, и его принципы способствуют защите основополагающих прав человека. Хотя на сегодняшний день нет международной трудовой конвенции, в которой бы рассматривался широкий спектр вопросов, связанных с правами в связи с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах, Свод практических правил МОТ многое почерпнул из многочисленных актов, которые охватывают как аспекты защиты против дискриминации, так и вопросы профилактики этого заболевания. Их можно использовать во многих контекстах, что происходит на практике. Ниже приводится перечень конвенций, которые особо важны для[6] содействия соблюдению прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом и применение которых может способствовать обеспечению всеобщего доступа к мерам профилактики и лечения:

- Конвенция 1981 года о дискриминации в области труда и занятий (111).
- Конвенция 1981 года о безопасности и гигиене труда (155).
- Конвенция 1985 года о службах гигиены труда (161).
- Конвенция 1982 года о прекращении трудовых отношений (158).
- Конвенция 1983 года о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (159).
- Конвенция 1951 года о минимальных нормах социального обеспечения (102).
- Конвенция 1947 года об инспекции труда (81) и Конвенция 1969 года об инспекции труда в сельском хозяйстве (129).
- Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве (единственный нормативный акт МОТ, содержащий прямые ссылки на ВИЧ/СПИД в разрезе проблем безопасности и гигиены труда).
- Конвенция 2007 года о труде в рыболовном секторе (188).

113. Помимо защиты от дискриминации и стигматизации свою роль могут сыграть и другие основополагающие права трудящихся. Если они соблюдаются, можно добиться улучшения ситуации в области ухода за больными и их лечения. Принципы свободы объединения и ведения коллективных переговоров (особенно Конвенции 87 и 98) являются важнейшими актами, которые могут позволить найти адекватные соответствующие ответы на эпидемию, способствовать предотвращению возникновения ситуаций, в которых передается ВИЧ, и содействовать тому, чтобы в ходе дискуссий в самой широкой национальной и международной аудитории были услышаны голоса социальных партнеров. Включение аспектов политики в области ВИЧ/СПИДа в коллективные договоры является мощным средством защиты работников и проведения производственной политики, которая бы соответствовала требованиям конкретных ситуаций.

114. Работники, попавшие в ситуацию принудительного труда (по определению Конвенций 29 и 105), оказываются в чрезвычайно уязвимом положении, поскольку большинство из них, по определению, лишены защиты, часто предусмотренной для постоянно занятых работников. Детский труд (Конвенции 138 и 182) не только часто является результатом заболевания СПИДом в том смысле, что дети остаются сиротами и вынуждены работать, чтобы прокормить себя, но и подвергает детей опасности заразиться ВИЧ, особенно при наихудших формах детского труда, таких как сексуальная эксплуатация, или когда в результате своего труда дети оказываются жертвами надругательств или когда они попадают в ситуацию, отличающуюся пренебрежением и игнорированием обычных норм защиты на рабочих местах.

[6] Как указано ниже, это не единственные конвенции МОТ или международные конвенции, которые имеют отношение к рассматриваемому вопросу.

115. Наиболее четкими формулировками проблем прав человека, связанных с ВИЧ/СПИДом, являются те, которые построены на осознании того, что лица, живущие реально или по догадкам с ВИЧ, подвергаются *дискриминации*. Такая дискриминация принимает самые разные формы и приводит к потере рабочих мест или отказу в приеме на работу, отказу от страхования, а также, помимо прочего, к социальному остракизму. Поскольку дискриминация лишает людей защиты, доступа к услугам и поддержке на рабочих местах, она сокращает продолжительность жизни больных людей и существенно увеличивает затраты на борьбу с ВИЧ/СПИДом конкретно для людей и для общества в целом.

116. В Своде практических правил МОТ содержится два основных принципа, непосредственно касающихся дискриминации.

4.2. Недопущение дискриминации

Следуя принципам предоставления достойной работы и уважения прав человека и достоинства людей, инфицированных ВИЧ или пострадавших от ВИЧ/СПИДа, не должно быть никакой дискриминации по отношению к работникам в связи с действительным или приписываемым наличием ВИЧ-инфекции. Дискриминация и стигматизация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, препятствует проведению мер по профилактике ВИЧ/СПИДа. [Этот принцип находит дальнейшее развитие в пунктах 4.6 и 4.8, касающихся защиты в сфере занятости, и в 4.7, в котором говорится о конфиденциальности.]

4.3. Гендерное равенство

Следует признать важность учета гендерного аспекта ВИЧ/СПИДа. Женщины, в силу биологических, социально-культурных и экономических причин, скорее могут стать жертвами инфекции и в большей степени пострадать от эпидемии ВИЧ/СПИДа, чем мужчины. Чем значительнее гендерная дискриминация в обществе, чем ниже социальное положение женщины, тем сильнее она подвержена ВИЧ-инфицированию. Поэтому крайне необходимы равноправные гендерные отношения и усиление положения женщин в обществе, что будет способствовать возникновению более широких возможностей для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и позволит женщинам лучше бороться с ВИЧ/СПИДом.

117. Дискриминация в отношении ВИЧ-инфицированных работников является не только нарушением прав человека, но и имеет серьезные последствия для их семей и домашних хозяйств, равно как для их производственной деятельности. ВИЧ-инфицированные работники, состояние здоровья которых позволяет им продолжать работу, должны иметь право на это, чтобы зарабатывать на жизнь себе и своим семьям и чтобы сохранять свою квалификацию и производственный опыт. Пока они работают, они также продолжают пользоваться медицинской помощью и страховкой, когда это предусмотрено на их производстве.

118. Сопутствующую дискриминацию часто испытывают на себе группы, которые, как известно, подвержены риску инфицирования ВИЧ, например медицинские работники, мужчины, практикующие секс с мужчинами, работники секс-бизнеса и другие лица. Дискриминация, которой подвержены эти группы, таким образом, усиливается в силу того, что они могут считаться ВИЧ-инфицированными, и в то же время возрастает риск их инфицирования, когда они теряют возможность продолжать свою трудовую деятельность и исключаются из программ медицинского обслуживания в результате дискриминации.

119. Основная конвенция МОТ, касающаяся дискриминации, – это Конвенция 1958 года о дискриминации в области труда и занятий (111). В ее статье 1 1) a) дискриминация определена как «всякое различие, недопущение или предпочтение, проводимое по признаку расы, цвета кожи, пола, религии, политических убеждений, иностранного происхождения или социального происхождения, приводящее к уничтожению или нарушению равенства возможностей или обращения в области труда и занятий». Хотя это не относится конкретно к ВИЧ/СПИДу, в ее статье 1 1) b) предусматривается

распространение действия положения в отношении «всякого другого различия, недопущения или предпочтения, приводящих к уничтожению или нарушению равенства возможностей или обращения в области труда и занятий, определяемое соответствующим членом по консультации с представительными организациями работодателей и работников, где таковые существуют, и с другими соответствующими органами». В статье 5 2) указывается, что специальные меры, принимаемые на основании «утраты дееспособности», помимо прочего, не считаются дискриминацией. Таким образом, если правительства после консультаций с организациями работников и работодателей принимают необходимое решение, запрет на дискриминацию на основании действительного или приписываемого статуса инфицирования ВИЧ может также предполагаться Конвенцией 111, которая является одной из самых широко ратифицированных нормативных актов МОТ и конвенцией об основополагающих правах человека.

120. Комитет экспертов МОТ по применению конвенций и рекомендаций отметил ряд стран, в которых национальное законодательство или другие нормативные акты, запрещающие дискриминацию, охватывают статус ВИЧ-инфицированных или, в более общем плане, состояние здоровья лиц в том случае, если получено подтверждение правительства о том, что сфера охвата Конвенции была соответствующим образом расширена.[7] Поскольку такое подтверждение как правило отсутствует, возможно, по причине отсутствия понимания возможностей применения статьи 1 1) b) для этих целей, целесообразно было бы предусмотреть дополнительные стимулы в этом отношении.

121. В Конвенции 111 *конкретно* упоминается дискриминация по признаку пола. Дискриминация против женщин в целом в обществе и на рабочих местах и в сфере образования, в частности, снижает социальный статус женщин и ослабляет их позиции в семье и на работе. Это, тем самым, делает их более уязвимыми перед ВИЧ-инфицированием и затрудняет для них доступность мер профилактики, ухода и лечения.

122. Кроме того, в ряде стран к основаниям, не допускающим дискриминацию, добавлена дискриминация по причине сексуальной ориентации, в результате чего может быть также усилена защита против дискриминации на основании предполагаемого статуса ВИЧ-инфицированных в отличие от действительного статуса инфицированности ВИЧ. Мужчины, практикующие секс с мужчинами, во многих случаях воспринимаются как лица, подверженные риску заражения ВИЧ, и они испытывают дискриминацию вне зависимости от своего действительного статуса с точки зрения инфицированности ВИЧ.

123. Безусловно, недопущение дискриминации является ключевым принципом международного гуманитарного права. В статье 2 Всеобщей декларации прав человека объявлена вне закона дискриминация на основании расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений или «других причин». Помимо этого, широко признается тот факт, что широкая защита от дискриминации, предусмотренная в других международных актах, таких как Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966) и Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979), могут относиться к статусу ВИЧ-инфицированности. Комиссия Организации Объединенных Наций по правам человека заявила, что термин «другие причины» следует интерпретировать как включающий состояние здоровья человека, в том числе статус с точки зрения ВИЧ/СПИДа, и что дискриминация на основании приписываемого или признанного статуса ВИЧ-инфицированного запрещена действующими нормами о правах человека.[8]

---

[7] См. также главу III.

[8] См. резолюции УВКБ ООН 1995/44 и 1996/43 по адресу: www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf

124. Что касается более широких вопросов, связанных с дискриминацией, большинство положений, запрещающих дискриминацию в этой области, касаются гендерных аспектов (включая «половые признаки» и «сексуальную ориентацию») и статуса ВИЧ-инфицированного лица, встают и более широкие вопросы дискриминации, которые также необходимо рассмотреть в предлагаемой рекомендации.

125. Членство в любой группе, подверженной дискриминации, повышает риск передачи болезни и в то же время сужает доступ к мерам профилактики, ухода и лечения. Это особо наглядно проявляется, когда такая дискриминация ведет к затруднению доступа к рынку труда или к рабочим местам в реальной экономике, в которой в целом проводятся меры борьбы с ВИЧ/СПИДом. Например, дискриминация по признаку расы или цвета кожи, национального происхождения или по другим причинам, рассматриваемым в Конвенции 111 и в других международных нормах, является фактором, способствующим распространению ВИЧ, поскольку лица, входящие в эти группы, часто страдают от дискриминации в отношении доступа к рабочим местам или к системам защиты, которые должны быть доступны для всех. Наиболее уязвимыми оказываются этнические меньшинства и коренные и ведущие племенной образ жизни народы. Лица в таких профессиональных категориях, как медицинский персонал, трудящиеся-мигранты, сельскохозяйственные рабочие, работники секс-бизнеса и прочие лица, занятые в неформальном секторе, как правило, подвержены более серьезному риску заражения ВИЧ и могут оказаться жертвами сопутствующих проблем, во многих случаях в силу отсутствия доступа к структурам и услугам, доступным для рабочих мест реальной экономики. Такие работники, в принципе, охвачены теми же системами защиты и должны пользоваться теми же правами, что и все работники, но в нередких случаях они оказываются исключенными из сферы защиты национального законодательства либо эксплицитно, либо по причине отсутствия законодательного охвата или механизмов контроля за его соблюдением.

126. В отношении предлагаемой рекомендации из этого можно сделать два вывода. Смысл одного из них сводится к следующему: возможно, следовало бы предусмотреть ссылку на желательность того, чтобы ратифицирующие государства эксплицитно расширяли сферу охвата Конвенции 111, включая в нее статус с точки зрения ВИЧ/СПИДа и других исключенных категорий работников в соответствии со статьей 1 1) b) данной конвенции. Другое касается того, что рекомендация могла бы предусмотреть ссылку на право на защиту от дискриминации в отношении тех групп населения, которые конкретно не охвачены Конвенцией 111, и квалифицировать это право как право, относящееся ко всем группам, которые могут испытывать дискриминацию.

127. В данном случае непосредственное отношение к делу имеет Конвенция 1982 года о прекращении трудовых отношений (158). В статье 4 указанной конвенции предусматривается, что «трудовые отношения с работниками не прекращаются, если только не имеется законных оснований для такого прекращения, связанного со способностями или поведением работника или вызванного производственной необходимостью предприятия, учреждения или службы». Хотя конкретные причины, перечисленные в статье 5, как не являющиеся законными основаниями для прекращения трудовых отношений не содержат ссылки на статус ВИЧ-инфицированного, общее положение, гласящее о том, что любое прекращение трудовых отношений должно быть связано со способностями или поведением работника, уже достаточно, чтобы запретить дискриминацию лишь на основании действительной или приписываемой инфицированности ВИЧ. Безусловно, если работник заболевает взаимосвязанным заболеванием в такой степени, что он не может далее продолжать свою трудовую деятельность, прекращение трудовых отношений не возбраняется согласно Конвенции 158, что, тем самым, подчеркивает важность профилактики и лечения на рабочих местах во имя обеспечения того, чтобы подобные ситуации возникали как можно реже. Доступность антиретровирусного лечения, к примеру, во многих случаях гарантировало

бы способность работника выполнять свои производственные обязанности в течение более длительного времени.

128. Еще одним аспектом равенства обращения, который необходимо упомянуть, является Конвенция 1983 года о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (159). Работники, у которых развился СПИД, могут, тем не менее, быть способны продолжать работу какое-то время, зарабатывая на жизнь себе и своим семьям, и оставаться участниками сетей поддержки, о которых уже говорилось. Опять-таки речь в первую очередь идет о работниках, имеющих возможность проходить лечение антиретровирусными препаратами, которое не излечивает инфекцию ВИЧ, но снижает или на какое-то время отодвигает развитие болезни и тем самым расширяет потенциал зараженных лиц к работе. Статья 2 этой конвенции требует от правительств, чтобы они «в соответствии с национальными условиями, практикой и возможностями разрабатывали, осуществляли и периодически пересматривали национальную политику в области профессиональной реабилитации и занятости инвалидов». В статье 4 этой конвенции предусмотрено, что такая политика должна быть основана «на принципе равенства возможностей инвалидов и работников в целом. Соблюдается равенство обращения и возможностей для работников мужчин и женщин, являющихся инвалидами. Специальные позитивные меры, направленные на обеспечение подлинного равенства обращения и возможностей для инвалидов и других работников, не считаются дискриминационными в отношении других работников». Эти положения означают, что работники-инвалиды, не утратившие полностью трудоспособности, должны получать возможность продолжать работу, пока они могут заниматься трудовой деятельностью, на основе принципа равноправия. Такого рода положение должно быть включено в национальную политику в области борьбы с ВИЧ/СПИДом и может быть также учтено в предлагаемой рекомендации.

129. Что касается права на безопасную и здоровую производственную среду, в преамбуле к Уставу МОТ говорится о «защите трудящихся от болезней, профессиональных заболеваний и от несчастных случаев на производстве», и этот принцип рассматривается как ответственность Организации. В пункте 1 статьи 23 Всеобщей декларации прав человека провозглашено право каждого человека «на справедливые и благоприятные условия труда», и это право нашло свое дальнейшее подтверждение и развитие в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (статья 7) как «право каждого на справедливые и благоприятные условия труда, включая, в частности, … b) условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены».

130. Это получило дальнейшее развитие в ряде норм МОТ по безопасности и гигиене труда, и, в частности, в Конвенции 1981 года о безопасности и гигиене труда (155), Конвенции 1985 года о службах гигиены труда (161) и Конвенции (187) и Рекомендации (197) 2006 года об основах, содействующих безопасности и гигиене труда. Кроме того, МОТ разработала большое число сводов практических правил, которые затрагивают проблемы безопасности и гигиены труда. Организация приняла также конкретные руководства, в ряде случаев совместно с другими международными организациями, по аспектам риска инфицирования ВИЧ в различных секторах, включая здравоохранение,[9] образование[10] и транспорт.[11]

[9] МОТ/ВОЗ: *Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV/AIDS*, 2005, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/hsgl.pdf

[10] МОТ/ЮНЕСКО: *HIV/AIDS workplace policy for the education sector in the Caribbean*, 2006, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/education/carib-ed-policy.pdf и МОТ/ЮНЕСКО: *HIV/AIDS workplace policy for the education sector in southern Africa*, 2006, по адресу: http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001469/146933E.pdf

[11] МОТ/СПИД: *Using the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work – Guidelines for the transport sector*, 2005, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/trgl.pdf

131. Эти акты касаются одной разновидности действий в борьбе с ВИЧ/СПИДом, а именно – защиты работников от связанного с выполнением производственных обязанностей заражения ВИЧ. Другой аспект безопасности и гигиены труда, который игнорировался при обсуждении проблем ВИЧ/СПИДа, заключается в том, что это фактор не только *прямой*, но и *опосредованной* производственной опасности. Когда условия труда таковы, что они не дают возможности полномерно защищать работников, когда рабочее время чрезмерно длительно и ведет к накоплению усталости и когда работники не получают необходимой информации и не проходят соответствующей подготовки, чтобы полностью предотвратить риски, связанные с их производственной деятельностью, они оказываются перед лицом более высокой опасности заражения вирусом. Одновременно с этим отмечается факт того, что условия их труда ухудшаются в том случае, когда ВИЧ/СПИД получает широкое распространение. Это делает необходимым обсудить концепцию достойного труда, которая проходит красной нитью через всю программную деятельность Организации.

132. Что касается права на социальное обеспечение, этот вопрос подробно рассматривается ниже.

Элементы всеобщего доступа к мерам профилактики и лечения

Всеобщий доступ к мерам профилактики

133. В Своде практических правил МОТ большое внимание уделено мерам профилактики в качестве части общей стратегии.

> *4.9. Профилактика*
>
> ВИЧ-инфекцию можно предотвратить. Профилактика всех путей передачи вируса достигается с помощью ряда различных стратегий, соответственно адаптированных к национальным условиям с учетом культурных особенностей.
>
> Действенность профилактических мер можно усилить, используя соответствующие изменения поведения, просвещение, лечение, и создав обстановку, исключающую дискриминацию.
>
> Социальные партнеры имеют уникальную возможность способствовать проведению профилактических мероприятий, особенно в плане изменения отношения к больным и поведенческих аспектов, путем предоставления информации и просвещения, а также решая социально-экономические задачи.

134. Сводом практических правил МОТ также предусматривается проведение правительством профилактических мер. В пункте 5.1 d) указывается, что «компетентные органы должны способствовать совместной работе с другими социальными партнерами и осуществлять ее для продвижения просветительских и профилактических программ, особенно на рабочих местах». В пункте 5.2 a) определена роль работодателей: «Работодатели должны проводить с работниками и их представителями консультации для разработки и осуществления политики на рабочих местах с целью предотвращения распространения инфекции и защиты всех категорий работников от дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом». В пункте 5.2 c) работодателям и их организациям предлагается по консультации с работниками и их представителями «проводить и поддерживать на рабочих местах программы в целях информирования, просвещения и обучения работников по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа»; а в пункте 5.3 предусматривается, чтобы работники и их организации поддерживали сотрудничество с работодателями в своих усилиях в области просвещения и профилактики.

135. Раздел 6 Свода практических правил МОТ посвящен «профилактике через информирование и просвещение». Кроме того, в нем указывается, что «информационные

и образовательные программы на рабочих местах являются важным средством борьбы с распространением эпидемии и создания атмосферы большей терпимости по отношению к работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом. Эффективное просвещение может научить работников защищать себя от ВИЧ-инфекции». Для таких программ обучения и просвещения предлагаются различные руководства по их форме, содержанию и методологии; указывается также на необходимость их поддержки практическими мерами, такими как, например, раздача презервативов. После принятия Свода стало ясно, что высший и средний эшелоны руководителей на рабочих местах часто оказываются обойденными этими программами обучения и поэтому предприятия не могут воспользоваться преимуществами последней информации и накопленного передового опыта. Это ведет к задержкам или затрудняет проведение эффективного и своевременного сотрудничества и проведение программ всеобщего доступа к профилактике и лечению.

136. На практике возникает множество препятствий на пути проведения профилактических мер. Первое из них – это отсутствие признания в некоторых странах того факта, что эпидемия представляет собой реальную угрозу как для людей, так и для экономики. В странах с узким распространением заболевания в первую очередь необходимо воспитывать чувство неотложности проведения необходимых мер правительствами, социальными партнерами и другими заинтересованными сторонами, чтобы анализировать ситуацию и решать, как можно воспрепятствовать дальнейшему распространению ВИЧ.

137. Второе препятствие, по счастливому стечению обстоятельств, оно постепенно преодолевается в силу необходимости, – это, возможно, нежелание по культурным соображениям открыто выступать на тему сексуальных предпочтений и взаимосвязанных вопросов. Там, где правительства неохотно идут на это, они не способны довести до сознания своего населения, особенно групп высокого риска, каким образом можно снизить опасность заражения или передачи ВИЧ; и когда они проводят информационные кампании, результаты становятся на лицо. Рабочие места имеют громадный потенциал как образчики открытости, недопущения дискриминации и поддержки силами равных.

138. Отсутствие государственной инфраструктуры часто лишает людей доступа к профилактическим мерам или ограничивает его. Отсутствие адекватных государственных служб здравоохранения, и в том числе широкого доступа к просветительским и образовательным мероприятиям и подготовке по вопросам о том, как можно избежать инфицирования ВИЧ, а также нехватка презервативов и недостаток информации о правильном пользовании ими означает несостоятельность информационных мер, которые могли бы иметь положительный эффект. Это, несомненно, не чисто производственный вопрос; при этом можно привести некоторые примеры, когда работодатели занимаются проблемами просвещения своих работников и даже снабжают их презервативами, что содействует расширению их поддержки, оказываемой работникам и их семьям, причем в областях, в которых правительство оказывается неспособно удовлетворить имеющиеся потребности, и эти меры доказывают свою эффективность как средство поддержания стабильности ведения бизнеса и содействия экономическому росту. Это не тот вопрос, за который работодатели должны по-прежнему нести основную ответственность в долгосрочном плане, а согласованные ответные меры на эпидемию, в том числе мероприятия, нацеленные на применение и соблюдение предлагаемой рекомендации, могут обеспечить передачу ответственности за эти меры вновь в руки правительств. Опыт организаций работодателей и работников станет реальным подспорьем для правительств по разработке необходимых мер, когда у них имеются такие возможности.

139. И наконец, следует указать, что стратегии профилактики – обучение среди сверстников и сослуживцев, информационно-разъяснительные мероприятия, раздача презервативов – доказывают свою большую эффективность, когда они способствуют

расширению участия в этих мероприятиях общин, в том числе сообщества производственных сил и его участников – работодателей, работников и их представителей и их ответственности за эти меры.

140. Как указывается в главе I, имеются примеры стран, которые добились реального прогресса в сфере профилактических мероприятий, но число таких государств не велико и объяснить такие успехи какими-то отдельными факторами вряд ли возможно. Прогресс достигается, помимо прочего, за счет более широкого доступа к лечению, там, где этого удалось добиться, поскольку между мерами профилактики и лечения существует взаимосвязь, которую нельзя недооценивать.

141. Это само по себе может стать одним из вкладов, который новая рекомендация могла бы внести в дело предотвращения распространения заболевания, особенно если в ней предусмотреть поощрение привлечения к соответствующим национальным стратегиям работодателей и работников, равно как и министерств труда в целях борьбы с ВИЧ и добиться осознания безотлагательности проведения практических мер профилактики.

Всеобщий доступ к лечению, уходу и поддержке

142. В Своде практических правил МОТ этот принцип нашел следующее выражение с точки зрения борьбы с ВИЧ/СПИДом:

4.10. Уход и поддержка

В сфере труда ответом на угрозу ВИЧ/СПИДа должны стать солидарность, уход и поддержка. Все работники, включая ВИЧ-инфицированных, должны быть обеспечены доступной медицинской помощью. Не должно быть никакой дискриминации в вопросе обеспечения таких работников и их иждивенцев пособиями в рамках установленным законом программ социального обеспечения и охраны здоровья на производстве.

…

5.1. Правительства и компетентные органы

…

f) *Социальная защита.* Правительства должны обеспечить для работников, ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом, не менее льготные пособия, чем те, которые в соответствии с национальным законодательством и действующими нормативами распространяются на работников с другими серьезными заболеваниями. При разработке и осуществлении программ по социальному обеспечению правительства должны принимать во внимание прогрессирующий и прерывистый характер протекания этого заболевания и строить их соответствующим образом. Так, например, пособия следует выплачивать по мере необходимости, а все запросы рассматривать в максимально сжатые сроки.

…

9.5. Пособия и услуги

a) Правительства по консультации с социальными партнерами и в соответствии с национальным законодательством и нормами должны предоставлять работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом, пособия не ниже тех, что т лицам с другими тяжелыми заболеваниями. Они также должны изучить сообразность новых видов пособий, обращая особое внимание на прогрессирующий и прерывистый характер течения заболевания.

b) Работодатели и организации работников и работодателей совместно с правительством должны приводить соответствующие механизмы назначения пособий в соответствие с потребностями работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, включая субвенции для заработной платы.

9.6. Охват социальным обеспечением

a) Правительства и организации работников и работодателей должны принимать все необходимые меры, чтобы ВИЧ-инфицированные работники и члены их семей могли в полной мере пользоваться всеми средствами защиты и пособиями в соответствии с программами социального обеспечения и профессиональными схемами. Это также относится к работникам и их семьям, принадлежащим к профессиональным и социальным группам с высокой степенью риска ВИЧ-инфицирования.

b) Такие программы и схемы должны обеспечивать работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, такими же льготами, что и лиц с другими серьезными заболеваниями.

Контекст

143. Предоставление медицинского обслуживания лицам, живущим с ВИЧ, следует рассматривать в более общем контексте охвата системами здравоохранения, и этот вопрос неразрывно связан с деятельностью МОТ в области социального обеспечения.[12] Обследования последнего времени свидетельствуют о том, что несмотря на безотлагательную необходимость обеспечения всеобщего доступа медицинской помощи, в соответствии с политикой МОТ в сфере социального обеспечения, в этом отношении отмечаются существенные недостатки. Эти недостатки затрагивают лиц, живущих с ВИЧ, и во многих случаях усугубляют их положение.

Правовое измерение

144. Первый аспект этой дискуссии заключается в рассмотрении вопросов прав человека, и в первую очередь – права на охрану здоровья и на медицинское обеспечение. В статье 22 Всеобщей декларации прав человека заявлено: «Каждый человек как член общества имеет право на социальное обеспечение и на осуществление необходимых для поддержания его достоинства и для свободного развития его личности прав в экономической, социальной и культурной областях через посредство национальных усилий и международного сотрудничества и в соответствии со структурой и ресурсами каждого государства».

145. В статье 9 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах предусмотрено: «Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на социальное обеспечение, включая социальное страхование». Статья 12 того же Пакта касается медицинского обеспечения и закладывает основы для выполнения участвующими в Пакте сторонами обязательства принимать шаги к полной реализации права каждого на физическое и психическое здоровье, что включает профилактику, лечение и контроль за эпидемическими, эндемическими, профессиональными и иными болезнями и заболеваниями. Статья 12 Пакта гласит:

> 1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.
>
> 2. Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для:
>
> a) обеспечения сокращения мертворождаемости и детской смертности и здорового развития ребенка;
>
> b) улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности;
>
> c) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними;

[12] См. МОТ: *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*, Social Security Department, Issues in Social Protection, Discussion Paper 19, август 2007 г., по адресу: http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/healthpolicy.pdf

d) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

146. МОТ, безусловно, является основным гарантом этого права международного права, поскольку оно относится к рабочему месту. Статья III Филадельфийской декларации включает помимо других обязательств МОТ следующее:

f) расширение системы социального обеспечения, с тем чтобы обеспечить основной доход для всех, нуждающихся в такой защите, и полное медицинское обслуживание;

g) необходимую защиту жизни и здоровья трудящихся всех профессий.

147. По данному вопросу МОТ приняла целый ряд международных трудовых норм, важнейшей из которых является Конвенция 1952 года в минимальных нормах социального обеспечения (102). Отдельные аспекты защиты права на равное обращение рассматриваются также в Конвенции 111, а элементы безопасности и гигиены труда – в большом числе актов, посвященных данной теме. Об этом говорится ниже.

Каким образом осуществляется медицинское обслуживание?

148. Медицинское обслуживание может предоставляться государственными системами здравоохранения, социальными и национальными системами страхования, системами страхования рабочих мест работодателями, частными коммерческими и некоммерческими системами медицинского страхования, включая системы, действующие в рамках общин, или сочетанием всех этих схем. Хотя все эти системы и схемы имеют свои преимущества и страдают некоторыми недостатками, например, с точки зрения равноправия и качества услуг, они часто носят нескоординированный характер на национальном уровне, в результате чего возникают лакуны в доступе к ним и в охвате неимущих лиц, особенно, имея в виду тему настоящего доклада, людей, страдающих от ВИЧ/СПИДа. Эти проблемы могут быть разрешены путем рационализации всех существующих в стране механизмов финансирования мероприятий по здравоохранению, чтобы обеспечить всеобщий охват ими, в том числе людей, живущих с ВИЧ.

149. Что касается оценки масштабов дефицита глобального доступа, к сожалению, сравнимые в глобальном разрезе данные, касающиеся доступа к медицинскому обслуживанию, весьма скудны и недостаточны, чтобы их можно было использовать для международных сравнений. Имеющиеся в распоряжении ВОЗ данные свидетельствуют, что во всем мире около 1,3 млрд. людей лишены доступа к эффективному и финансово доступному медицинскому обслуживанию, когда они нуждаются в нем, а 179 млн. людей вынуждены тратить более 40% дохода своих домохозяйств на медицинскую помощь и лечение.[13] В докладе о развитии человека ООН за 1997 год приводятся оценки, говорящие о том, что большинство неимущих лиц, лишенных доступа к медицинскому обслуживанию, проживает в развивающихся странах: 34% населения Южной Азии, 27% населения стран Африки к югу от Сахары и 19% жителей Юго-Восточной Азии и Тихоокеанского бассейна не имеют доступа к медицинскому обслуживанию, причем эти цифры отражают ситуацию, когда еще не в полной мере инфраструктура здравоохранения этих стран стала испытывать на себе последствия эпидемии ВИЧ/СПИДа. Еще миллионы людей имеют некоторый доступ к медицинскому обслуживанию, но когда такой доступ носит ограниченный характер, на практике он не может обеспечить того, чтобы все работники и члены их семей получали такую медицинскую помощь и поддержку, в которой они нуждаются, чтобы остаться в живых.

150. Что касается системы социального обеспечения, как отмечается в докладе МБТ на сессию Международной конференции труда 2001 года, касающемся социального

[13] ПРООН: Доклад о развитии человека 1997, по адресу: http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1997/

обеспечения в целом, охват системами социального обеспечения носит далеко не всеобщий и универсальный характер:

> Одна из ключевых глобальных проблем, стоящих в настоящее время перед социальным обеспечением, заключается в том, что более половины народонаселения планеты (трудящиеся и их иждивенцы) исключены из всех форм социального обеспечения и защиты. На них не распространяются ни системы социального обеспечения, существующие за счет взносов, ни системы социальных пособий, финансируемые за счет систем налогообложения; при этом весьма значительные слои населения могут рассчитывать на защиту только в отношении ограниченного перечня страховых случаев. В странах Африки, лежащих к югу от Сахары, и в Южной Азии сфера охвата лиц действующими в силу закона системами социального обеспечения оценивается в 5-10% от экономически активного населения, и в отдельных случаях их доля сокращается. В странах Латинской Америки охват этими системами составляет приблизительно от 10 до 80%, и в основном он не меняется. В Юго-Восточной и Восточной Азии сфера охвата может варьироваться от 10 до почти 100% и до последнего времени во многих случаях возрастала. В большинстве промышленно развитых государств их охват приближается к 100%, хотя в ряде этих стран, особенно в странах с переходной экономикой, уровень соблюдения соответствующих норм в последние годы сокращается.[14]

151. Это обсуждение завершилось принятием соглашения о социальном обеспечении, предусматривающем обязательство отдавать наивысший приоритет «политике и инициативам, которые могут обеспечить социальное обеспечение для тех, кто не охвачен действующими системами».[15] Это составная честь глобальной кампании МОТ по социальному обеспечению и распространению его на всех.

152. Механизмы финансирования систем защиты по социальному обеспечению варьируются от финансируемых за счет налоговых поступлений национальных систем медицинского обслуживания вплоть до социальных систем обязательного медицинского страхования, финансируемых за счет взносов работодателей и работников (предусматривающих трехсторонние структуры управления) и санкционированных или подчиненных регулированию частных некоммерческих схем медицинского страхования, равно как и совместных и управляемых общинами некоммерческих систем медицинского страхования. Каждый механизм финансирования обычно предполагает разделение рисков между застрахованными лицами, и многие из них непосредственно включают элементы перекрестного субсидирования между богатыми и бедными. Те или иные формы перекрестного субсидирования между имущими и малоимущими существуют во всех социальных системах медицинского обслуживания; иначе было бы невозможно добиваться достижения целей всеобщего доступа.

153. Практически все страны создали системы, основанные на различного рода механизмах финансирования, сочетающих два или более возможных вариантов такого финансирования. При проведении своей социальной политики охраны здоровья МОТ эксплицитно и прагматически признает плюралистический характер национальных систем охраны здоровья и оказывает консультационную помощь правительствам и другим ведущим заинтересованным сторонам по вопросу социальной защиты по охране здоровья, советуя им придерживаться стратегических и систематических сочетаний различных форм национальных систем финансирования, нацеленных на достижение всеобщего и равноправного доступа к ним; обеспечивать финансовую защиту людей в случае заболевания; и эффективно и действенно оказывать услуги по медицинскому обслуживанию.

---

[14] МОТ: *Социальное обеспечение: вопросы, задачи и перспективы*, доклад VI, МКТ, 89-я сессия, Женева, 2001, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc89/rep-vi.htm

[15] МОТ: *Достойный труд и неформальная экономика*, доклад VI, МКТ, 90-я сессия, Женева, 2002.

154. Социальная защита в области охраны здоровья все большей мере рассматривается как фактор, обеспечивающий прирост человеческого капитала, который приносит экономические выгоды благодаря повышению производительности и более высоким темпам макроэкономического роста. Происходящие в настоящее время дискуссии ориентированы также на рассмотрение взаимосвязей между плохим здоровьем и бедностью: им отведена важная роль в документах о стратегиях сокращения масштабов бедности (ПРСП), и они рассматриваются в Целях развития тысячелетия (ЦРТ), нацеленных на то, чтобы наполовину сократить крайнюю нищету и обеспечить улучшение состояния здоровья людей. Осуществление мероприятий по всеобщей социальной защите по охране здоровья людей может оказаться вехой на пути достижения ЦРТ к 2015 году. Поэтому эта тема является частью более широких дебатов по вопросу о взаимосвязях между такими аспектами, как состояние здоровья людей, социальная защита и процесс развития, эффективные действия в отношении которых стали еще более безотлагательными в силу того вызова, который брошен СПИДом.

Обеспечение доступности социального обеспечения для всех

155. Хотя основной принцип заключается в том, чтобы каждый человек имел доступ к системам социального обеспечения, вполне очевидно, что это далеко от реалий сегодняшнего дня, особенно в контексте ВИЧ/СПИДа. Эта проблема рассматривается в ряде инициатив.

156. Одним из подходов является обеспечение того, чтобы лица, в ином случае имеющие право на социальное обеспечение, не теряли его только потому, что они стали ВИЧ-инфицированными или проявляют симптомы СПИДа. В некоторых странах предусмотрена законодательная защита, гарантирующая работникам и членам их семей, живущим с ВИЧ/СПИДом, охват системами социального обеспечения и другими пособиями по страхованию. Например, в Малайзии[16] лица, живущие с ВИЧ, обладают правом на социальное страхование и их статус ВИЧ-инфицированных рассматривается наряду с другими аналогичными медицинскими показаниями; так же обстоят дела в Непале.[17] В Никарагуа[18] лица, живущие с ВИЧ, продолжают получать пособия по системам социального обеспечения. Бюро не смогло проверить, насколько эти положения применяются на практике, однако, несомненно, принятие такого законодательства должно быть частью национальной политики, которая бы провозглашалась и проводилась в соответствии с предлагаемой рекомендацией.

157. Другой подход заключается в том, чтобы расширить сферу охвата систем социального обеспечения, распространив ее на исключенных по другим причинам лиц, в частности на неимущие слои населения и на работников неформального сектора. МОТ оказывает поддержку странам Африки, приступившим к проведению новых инициатив по социальной защите, которые направлены на формирование и/или укрепление местных структур, отвечающих за вопросы расширения социальной защиты. МОТ стремится всячески содействовать распространению систем социального обеспечения на все слои общества, в том числе на лиц, занятых в неформальной экономике. Цель состоит в том, чтобы при проведении любых мероприятий в рамках, например, ПРСП, Рамочной программы ООН по оказанию помощи в целях развития (ЮНДАФ) и Нового партнерства в интересах развития Африки (НЕПАД), в полной мере учитывались все основные составляющие социальной защиты.[19]

---

[16] См. Приложение II: Малайзия 1, p. 7.

[17] См. Приложение II: Непал 3, цель 5.2.5.

[18] См. Приложение II: Никарагуа 1, p. 23.

[19] См. также: ООН: *Новое партнерство в интересах развития Африки: прогресс в осуществлении и международной поддержке*, Генеральная Ассамблея, A/61/212, август 2006 г.

158. МОТ поощряет применение постепенного подхода к расширению сферы охвата систем социального обеспечения. Такие системы обычно в первую очередь предусматривают определенный уровень пособий, включая услуги и финансовую защиту, ограниченному числу групп общества и постепенно повышают уровень оказываемых услуг и финансовой защиты, а также расширяют выплаты пособий, распространяя эти возможности на более широкие слои общества. Что касается ответных мер на ВИЧ/СПИД в Африке, приоритетом в сфере предоставления реального доступа к службам здравоохранения и возможностям получения финансовой помощи должны пользоваться женщины, дети, работники неформальной экономики и пожилые люди. Размах социальных инициатив открывает новые возможности для обществ стран Африки пересмотреть и видоизменить свои социальные схемы, придав им более реалистичный, всеобъемлющий и эффективный характер.

159. Хотелось бы надеяться, что рекомендация поможет сориентировать государства-члены, в том числе министерства труда и социальных партнеров, в отношении выработки ответных мер на ВИЧ/СПИД в контексте расширенных систем социальной защиты, внедрения прочных сетей, гарантирующих защищенность, и проведения политики, которая бы не ограничивалась лишь полумерами.

Частные страховые компании

160. Хотя основным путем предоставления медицинской помощи и охвата системами здравоохранения лиц, живущих с ВИЧ, должны быть системы социального Страхования, важным элементом доступа к медицинскому обслуживанию для многих работников являются частные страховые компании, которыми предусматривается выплата дополнительных или альтернативных пособий. В ряде стран действуют законодательные положения, требующие, чтобы страхование осуществлялось на недискриминационной основе в отношении лиц, живущих с ВИЧ. Например, в Малайзии,[20] Непале,[21] Нигерии[22] и Зимбабве[23] ВИЧ/СПИД должен лечиться в страховых целях на тех же основаниях, что и хронические заболевания, а в Папуа-Новой Гвинее[24] предусмотрено, что в случае лечения ВИЧ/СПИДа как любого иного хронического заболевания этот факт не рассматривается как акт дискриминации. На Филиппинах[25] предусмотрено, что никакие кредиты или услуги по займам, включая медицинское страхование, страхование от несчастных случаев и страхование жизни, не могут быть отказаны лицу на основании ее/его действительного, приписываемого или предполагаемого статуса ВИЧ-инфицированности при условии, что это лицо не скрыло или неправильно истолковало этот факт при подаче заявления в страховую компанию. Продление и продолжение выплаты кредитов или займов также не может прерываться лишь по причине указанного состояния здоровья конкретного человека. В Того[26] люди, живущие с ВИЧ, имеют право подписывать страховой полис с любой страховой компанией по своему выбору, особенно когда речь идет о страховании жизни. В Сьерра-Леоне[27] никто не может быть принужден к прохождению анализа на ВИЧ или к тому, чтобы придать гласности свой статус ВИЧ-инфицированного в целях лишь получения доступа к кредитам или страхованию или же продлению или продолжению таких услуг.

[20] См. Приложение II: Малайзия 1, op. cit.

[21] См. Приложение II: Непал 3, op. cit.

[22] См. Приложение II: Нигерия 3, p. 14.

[23] См. Приложение II: Зимбабве 4, p. 7.

[24] См. Приложение II: Папуа-Новая Гвинея 1, p. 8.

[25] См. Приложение II: Филиппины, p. 30.

[26] См. Приложение II:Того 2, p. 31.

[27] См. Приложение II:Сьерра-Леоне 1, p. 27.

Компании, осуществляющие медицинское страхование и страхование жизни, устанавливают разумно приемлемые ограничения размеров страховки и не могут требовать от заинтересованного лица раскрытия ее/его статуса ВИЧ-инфицированного. Если кто-либо хочет обеспечить для себя более высокую сумму страховки, превышающую лимит, не требующий проведения анализа на ВИЧ, такой анализ может быть проведен и, если результаты его оказались положительными, страховая компания может повысить размеры страховой премии. В этом отношении действует процедура разрешения споров, касающаяся квалификации того, что считается «разумно приемлемым».

161. В Намибии[28] соответствующим законодательством предусматривается, что производственные пособия не могут иметь дискриминационного характера и должны всячески способствовать защите прав и льгот иждивенцев скончавшихся и вышедших на пенсию работников. Информация, касающаяся этих пособий и льгот, носит конфиденциальный характер. Частные и государственные механизмы финансирования медицинской помощи должны предусматривать предоставление стандартных пособий всем наемным работникам независимо от их статуса ВИЧ-инфицированных. В разделе 6.7.4 соответствующего закона закреплено, что всем работникам предоставляются консультативные услуги и рекомендательная помощь, чтобы знакомить их с их правами и возможностями получения пособий по медицинскому обслуживанию, по страхованию жизни, а также пенсий и выплат по социальному обеспечению. Это должно также включать информацию о возможных изменениях структуры, размеров и видов пособий и размеров взносов в эти фонды. В разделе 2.5 коллективного соглашения 2001 года, заключенного между транспортной компанией Джоуэлс и Профсоюзом транспортников и работников взаимосвязанных профессий Намибии, указывается, что «клинически больные работники или работники, по состоянию здоровья не способные продолжать работу, получают пособия в соответствии с соответствующими условиями занятости, которые согласовываются время от времени между сторонами». В разделе 2.6 говорится: «Что касается инфицированных работников, не способных выполнять свои производственные обязанности, стороны должны проводить консультации на предмет того, каким образом наилучшим образом можно учесть интересы работников с точки зрения пособий по болезни и/или пособий по инвалидности».

162. Существуют и другие случаи, однако, когда страховые компании реагируют отрицательно, исключая лиц, зараженных ВИЧ, из сферы охвата страховых фондов. В таких случаях серьезно нарушаются принципы Свода практических правил МОТ.

163. Частные страховые компании прибегают к различным методам отказа в страховке для лиц, живущих с ВИЧ. Примерами могут служить следующие:

- Исключающие оговорки, которыми предписывается, что не производится никаких выплат по страховым требованиям в случае смерти в результате ВИЧ/СПИДа или инвалидности, связанной с этим заболеванием, в течение определенного периода времени после даты выставления страхового полиса (например, десять лет).
- Оговорки в отношении доступа к заключениям о состоянии здоровья лиц, требующие проведения медицинского освидетельствования в отношении различного рода диагностических и иных медицинских процедур, таких как анализ на ВИЧ, наряду с анализами на кровь и мочу, до вынесения решения о возможности страхования заинтересованного лица на случай смерти, инвалидности и покрытия расходов на лечение.
- Страховые компании могут также задавать вопросы претендентам по поводу ВИЧ и СПИДа, в том числе о том, делали ли они анализы на ВИЧ, проводилась ли диагностика или проходили ли они лечение ВИЧ или СПИДа. В таких случаях

[28] См. Приложение II: Намибия 1, р. 6.7.

страховые компании оставляют за собой право проверять полученную от претендента информацию, а застрахованное лицо отказывается от принципов конфиденциальности отношений между врачом и пациентом.

- Оговорки о ретроактивном расторжении договора о страховании, которые позволяют страховым компаниям отменять действие страховых полисов в случае, если имеются подозрения, что застрахованное лицо ввело в заблуждение страхователя или скрыло от него информацию, касающуюся своего статуса ВИЧ-инфицированного до подписания договора о страховании.

164. Некоторые позитивные меры по преодолению этой проблемы были разработаны в ряде стран. Улучшения, которых эти страны добились в секторах страхования, проистекали либо в силу того факта, что эти государства, по всей видимости, подходили весьма серьезно к решению этой проблемы, либо были вынуждены безотлагательно решать ее по причине масштабов кризиса ВИЧ/СПИДа, с которым они столкнулись, и проводить более прогрессивную политику и придерживаться более рациональной практики. Примерами могут служить Южная Африка и Уганда.

165. В некоторых случаях эти подходы были санкционированы законодательством или его интерпретацией. В США как федеральное законодательство, так и законы штатов предусматривают для лиц, живущих с ВИЧ, защиту различной степени с точки зрения неблагоприятного и враждебного дифференцирования в обращении. Применение различных антидискриминационных законов, действующих в сфере страхования, предусматривает решение проблем дискриминации, помимо прочего, по причине расы, пола, возраста, инвалидности, генетической предрасположенности, а также в отношении лиц, становящихся жертвами домашнего насилия и лиц с психическими расстройствами. Что касается лиц, живущих с ВИЧ, в том случае, если страховая компания предусматривает страховую защиту на случай социально «привилегированных» катастрофических условий, таких как раковые и сердечные заболевания, федеральное законодательство требует, чтобы были покрыты также и актуарно аналогичные «непривилегированные» заболевания, такие как ВИЧ/СПИД.

166. В ряде других случаев страховые компании реагировали и реагируют на возникающие потребности без вмешательства со стороны законодательных властей. В Уганде страховая компания AON Uganda Ltd. разработала первую в истории страны программу медицинского страхования в интересах лиц, живущих с ВИЧ. Компании, присоединившиеся к этой системе медицинского страхования, осуществляют ежеквартальные перечисления на медицинский счет AON Uganda Ltd. По этой программе лица, живущие с ВИЧ, проходят лечение в клиниках и больницах. Лечение охватывает начальную стадию заболевания и хронические формы болезни, а также антиретровирусную терапию. Данная система гарантирует конфиденциальность, включая отдельные счета, и вместо имен пациентов для их идентификации используются порядковые номера.

167. В Южной Африке в 2004 году ассоциация «Саут Эфрикан Лайф» отменила порядок, позволяющий предусматривать исключения в отношении страхования жизни.[29] Однако, пособия не выплачиваются в случае, если ближайшие родственники застрахованного лица умирают от связанной со СПИДом болезни в течение оговоренного периода времени после подписания договора о страховании, или в случае, если его дальние родственники умирают в течение 12 месяцев. Кроме того, 36 компаний, входящих в ассоциацию «Саут Эфрикан Лайф», отказались от исключающих оговорок в отношении клиентов, претендующих на новые страховые полисы, а также сняли исключающие оговорки в отношении ВИЧ-инфицированных из действующих или вновь подписываемых полисов на страхование жизни.

[29] См. http://ch.planetout.com/health/hiv/?sernum=3044 (Planet Out web site – on health and HIV), “South African life insurance company removes HIV exclusions by Gus Cairns”, 2004.

168. В Соединенном Королевстве Ассоциация британских страховых компаний (ABI), которая насчитывает в своих рядах более 200 страховых компаний, издала новую инструкцию, озаглавленную «Подписание договора о страховке жизни для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом», в которой оговаривается, что страховые агенты страны, занимающиеся страхованием жизни, не имеют права задавать претендентам мужчинам вопросы об их сексуальной ориентации для определения степени риска их инфицирования ВИЧ.[30] Новое руководство запрещает страховым агентам задавать вопросы практикующим врачам о сексуальной ориентации их пациентов, а также заниматься подписанием «договоров о страховании на основании умозрительных заключений». Ассоциация поменяла также свои предписания о передовой практике по ВИЧ/СПИДу, заявив, что лицам, подающим заявления на страховку, запрещается задавать вопросы, касающиеся риска воздействия на них ВИЧ и проведения соответствующих анализов за последние пять лет.[31] Согласно этим руководящим принципам, проведение анализов на ВИЧ обязательно лишь в отношении полисов на сумму около 1,75 млн. долл. США для женщин и женатых мужчин, тогда как для неженатых мужчин такие анализы обязательны в отношении полисов на сумму более 440.000 долл. США.[32]

169. Бизнес-коалиция по борьбе со СПИДом Намибии (NABCOA)[33] при техническом и финансовом участии проекта АССА и инициативы по поддержке со стороны Ассоциации по техническому сотрудничеству Германии заказала проведение обследования состояния дел в существующей в стране индустрии здравоохранения, чтобы оценить имеющиеся лакуны с точки зрения действующих систем страхования и сферы охвата фондами медицинской помощи широкой общественности и потенциально большого числа работников, не способных выплачивать взносы. Результаты проведенного обследования наглядно свидетельствуют о том, что существующие уровни охвата медицинской помощью недостаточны и она не по карману работникам с самыми низкими доходами. Кроме того, было выяснено, что работодатели обычно предусматривают охват системой выплат только своей рабочей силы. В некоторых случаях, однако, субсидии по выплатам предусматриваются и в отношении ближайших родственников работников. Часто игнорируется фактор зависимости дальних родственников работника с низкими доходами от его заработков. В действительности же такие работники часто оказывают финансовую поддержку и обеспечивают лечение не только своих ближайших родственников, но и родственников, проживающих в сельских районах. Далее, итоги обследования свидетельствуют, что на малых и средних предприятиях (МСП) в некоторых случаях не предусмотрен доступ их работников к фондам медицинской помощи и что специально разработанная программа управления ВИЧ/СПИДом просто-напросто недоступна для них. Рекомендовано, чтобы те институты, которые в настоящее время предлагают такие продукты на рынке, пересмотрели конфигурацию и назначение своих продуктов, чтобы они стали доступны, как физически, так и финансово, для работников МСП.

170. Представляется необходимым продолжать изучать пути обеспечения того, чтобы частные системы медицинского обслуживания были доступны для всех, кто в них

---

[30] Henry G. Kaiser Family Foundation: *Daily HIV/AIDS report*, Global Challenges, “New British Insurance Association Guidelines say questions about sexuality cannot be asked to determine HIV risk”, 4 Oct. 2005, по адресу: http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_hiv_recent_rep.cfm?dr_cat=1&show=yes&dr_DateTime=10-03-05

[31] По данным веб-сайта Gay.com UK, ноябрь 2004, по адресу: www.gay.com/

[32] Association of British Insurers: *ABI statement of best practice on HIV and insurance*, вступила в силу 30 сентября 2005 г., по адресу: http://www.abi.org.uk/Display/default.asp?Menu_ID=946&Menu_All=1,946,0&Child_ID=197

[33] См. также Всемирный экономический форум: *Namibia Business Coalition on HIV/AIDS (NABCOA): Profile*, июнь 2006 г., по адресу: http://www.weforum.org/pdf/GHI/Namibia.pdf

нуждается, чтобы расширить сферу охвата социального обеспечения и предусмотреть финансирование общедоступных систем медицинского ухода и помощи для всех лиц, живущих с ВИЧ.

Доступность лечения, в том числе антиретровирусными препаратами

171. Данный раздел посвящен вопросам финансирования лечения, однако существует и другой столь же важный аспект этой проблемы, а именно, доступность лечения, доказавшего свою эффективность – лечение антиретровирусными лекарственными препаратами (АРЛ). Хотя это частично вопрос финансового порядка, поскольку стоимость этих лекарств делает их недоступными для большинства малоимущих слоев в том случае, если они не субсидированы, в большинстве стран мира стоит также проблема их получения, если правительства, работодатели и другие заинтересованные стороны не предпринимают соответствующих мер. Как только начинается лечение антиретровирусными препаратами, оно должно продолжаться до самой смерти человека, и в случае их наличия это может растянуться на много лет. Каким образом можно обеспечить устойчивость и стабильность такого лечения?

172. Проблемой таких «развернутых планов», обеспечивающих доступность АРЛ, остается то, что они, как правило, не увязывают аспекты снабжения лекарствами с социальным контекстом, в котором этот процесс происходит. Помимо финансирования самого лечения, некоторые пациенты прилагают неимоверные усилия к тому, чтобы продолжать лечение, поскольку финансово они не могут посещать те медицинские учреждения, в которых эти препараты имеются, или же по причине чрезвычайно трудных условий труда, не позволяющих им строго выполнять предписания по приему этих лекарств (такими сложностями могут быть: длительные и нерегулярные графики рабочего времени или длительное время в пути из дома на работу). Они могут также сталкиваться с трудностями выполнения режима приема лекарств по причине хронической стигматизации. Весьма важно, чтобы общинные и производственные стратегии тесно координировались между собой и носили взаимосвязанный характер; необходимо также привлекать министерства труда и социальных партнеров к процессу разработки планов борьбу с ВИЧ/СПИДом в той или иной стране. Таким образом, стигматизацию и дискриминацию следует рассматривать в контексте стратегий лечения, равно как и сквозь призму стратегий профилактики. Необходимо, кроме того, предусмотреть укрепление систем здравоохранения, а также обучения и удержания работников здравоохранения, чтобы обеспечить стабильность лечения. Предлагаемая рекомендация, таким образом, могла бы отразить важность увязывания аспектов расширения лечения с мерами, гарантирующими улучшение общего социально-экономического контекста, равно как и медицинского обслуживания в целом, а также обеспечить привлечение трехсторонних участников к процессу разработки национальных планов и их реализации и добиться улучшения социально-экономических условий работников.

Проведение анализов, скрининг и конфиденциальность

173. То, как решаются проблемы, связанные с проведением анализов, скринингом и конфиденциальностью, является ключевым фактором, определяющим, соответствуют ли национальные действия по борьбе с ВИЧ/СПИДом положениям Свода практических правил МОТ и принципам, которых придерживаются практически все заинтересованные в этом вопросе стороны. В Своде МОТ эта чрезвычайно сложная тема достаточно подробно рассматривается следующим образом:

4.6. Скрининг с целью исключения из сферы занятости и трудового процесса

Подавшие заявление о приеме на работу или уже работающие не должны в обязательном порядке подвергаться скринингу – обследованию на ВИЧ/СПИД.

4.7. Конфиденциальность

Ни при каких обстоятельствах нельзя требовать от подавших заявление о приеме на работу или работников предоставления личных сведений, касающихся ВИЧ. Также нельзя обязывать работников сообщать такие сведения о коллегах по работе. Доступ к личной информации о состоянии работника по поводу наличия или отсутствия у него ВИЧ-инфекции должен определяться правилами конфиденциальности в соответствии со Сводом практических правил МОТ о защите личной информации о работниках от 1997 года.

8. Анализы

Анализ на ВИЧ не должен проводиться на рабочих местах за исключением случаев, оговоренных в данном Своде практических правил. Такой анализ не является обязательным, он нарушает права человека и унижает достоинство работников: результаты анализа могут получить огласку и использоваться не по назначению, а согласие работников на проведение анализа может оказаться не полностью добровольным или же основываться на недостаточном знании фактов и последствий проведения анализа. Даже за пределами рабочих мест конфиденциальный анализ на ВИЧ должен проводиться по добровольному согласию после получения работником полной информации. Он осуществляется исключительно компетентным персоналом в условиях строжайшей конфиденциальности.

8.1. Прием на работу и занятость

Анализ на ВИЧ не может быть обязательным условием при найме на работу или для продолжения трудовых отношений. Никакой обычный медицинский осмотр, например проверка физической пригодности по состоянию здоровья, проводимая до начала работы по найму, или регулярный медицинский осмотр работников, не должен включать обязательного анализа на ВИЧ.

8.2. Страхование

a) Анализ на ВИЧ не может быть обязательным условием для включения работника в национальную систему социального страхования, общую политику страхования, отраслевые системы социального страхования и системы страхования здоровья.

b) Страховые компании не должны требовать проведения анализа на ВИЧ перед дачей согласия застраховать данное рабочее место. Они могут рассчитывать свои затраты и доходы, а также страховые начисления на основе общих эпидемиологических данных по всему населению в целом.

c) Работодатели не должны способствовать проведению анализа для целей страхования, а вся информация, которой они уже владеют, должна оставаться конфиденциальной.

174. Хотя эти принципы широко рассматриваются в Своде практических правил МОТ, их не всегда просто сочетать или применять на практике. Кроме того, они выражают противоположные интересы и приоритеты. Как частные лица, так и общество в целом весьма заинтересованы в том, чтобы вскрывать и знать статус каждого человека с точки зрения ВИЧ-инфицированности, особенно когда этот вирус широко распространен или когда речь идет о здоровье и безопасности всех людей. С другой стороны, возможность, и даже вероятность, стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных лиц является мощным сдерживающим фактором проведения анализов и прохождения лечения или получения ухода как на рабочих местах, так и вне их.

175. Широко нарушается принцип, гласящий о том, что сдача анализов на ВИЧ должна быть добровольным актом, и с этим принципом согласились все участники ЮНЭЙДС и большинство организаций-активистов. Анализ на ВИЧ до приема на работу является распространенным явлением, несмотря на широкий законодательный запрет такой практики. Помимо этого, в ряде стран требуется проводить анализ на

ВИЧ трудящихся-мигрантов до въезда их в страну, причем ВИЧ-инфицированным лицам въезд в страну запрещен. Во многих случаях это является показателем убежденности в том, что ВИЧ/СПИД – инородное явление и что его распространению можно воспрепятствовать подобными мерами (см. ниже).

176. Тем не менее, сегодня наблюдаются перемены с точки зрения медицинских аспектов ВИЧ/СПИДа, происшедшие после принятия в 2001 году Свода практических правил МОТ. Более широко осознается важность знания своего статуса с точки зрения заражения ВИЧ, и значительно более широкодоступным становится лечение, позволяющее контролировать уровень вируса в крови инфицированных лиц. Как уже указывалось в главе I, расширенное предоставление антиретровирусного лечения означает, что дополнительно сохраняется множество человеческих жизней.

177. Это, несомненно, ставит вопрос о том, становится ли более безотлагательно требовать проведения анализов на ВИЧ, чтобы люди знали свой статус с точки зрения ВИЧ-состояния и, в случае необходимости, могли начать лечение. В данной ситуации можно ли привести какую-нибудь правомерную причину необходимости ограничить положения, запрещающие проведение анализов на ВИЧ?

178. Ответ сообщества больных СПИДом остается отрицательным. В первую очередь, лечение становится более широкодоступным, хотя по финансовым и институциональным причинам оно остается еще вне досягаемости для большинства слоев населения в большинстве регионов. Во-вторых, несмотря на прогресс в области информационно-разъяснительной деятельности, лица, живущие с ВИЧ/СПИДом, по-прежнему подвергаются безудержной дискриминации, стигматизации, остракизму и теряют свои рабочие места. Несмотря на то, что Свод практических правил МОТ предусматривает большую открытость и терпимость в обществе, еще преждевременно говорить о том, что такое отношение стало доминирующим этическим взглядом.

179. Обсуждение аспектов проведения анализа на ВИЧ в настоящее время проводится в более широких рамках поощрения всех к тому, чтобы каждый человек знал свой статус с точки зрения ВИЧ-инфекции. Это возлагает ответственность на все заинтересованные стороны – правительства, службы здравоохранения, работодателей и другие стороны – за то, чтобы совместными усилиями добиваться того, чтобы все люди желали знать свой статус по состоянию инфекции ВИЧ, добиваясь создания таких условий, которые бы облегчали для всех желающих получение соответствующего медицинского заключения. Чтобы такие меры носили практически выполнимый характер, требуется широкий общественный резонанс. Это означает, помимо прочего, что на рабочих местах имелась возможность обеспечивать конфиденциальность личной информации и стабильность занятости, а также содействовать расширению доступности лечения. Знание своего статуса ВИЧ-инфицированного содействует жизнеспособности предприятий и при этом обеспечивает сохранение материальных льгот и преимуществ и достоинство лиц, живущих с ВИЧ, благодаря тому, что они имеют возможность получить и сохранить за собой приносящую доход занятость. Работа, выполняемая МОТ совместно с секретариатом ЮНЭЙДС в области возможностей в сфере занятости лиц, живущих с ВИЧ, находится пока на начальном этапе, но при этом налицо уже поступательность движения. Тем не менее, предстоит еще многое сделать.

Формы и методы проведения анализов на ВИЧ

180. Свод практических правил МОТ предусматривает не только то, что анализы на ВИЧ должны носить добровольный характер, но и что они должны проводиться с сознательного согласия человека. Как показано в главе III, в некоторых странах законодательством предусмотрено письменное подтверждение такого согласия.

181. Тем не менее, в большинстве регионов чрезвычайно низка доля лиц, знающих свой статус ВИЧ-инфицированности. В ходе совместных технических консультаций,

проведенных ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС по вопросам расширения проведения анализов и консультативной помощи в Азии и Тихоокеанском регионе, было выяснено, что менее 10% лиц, живущих с ВИЧ, знают свой статус ВИЧ-инфицированных.[34] По итогам консультаций было заключено, что необходимо в срочном порядке расширять доступ для лиц к системе консультативных услуг в отношении ВИЧ и возможностям проведения анализов, чтобы обеспечивать доступность для большего числа лиц всеобъемлющих профилактических мероприятий, а также мер ухода и лечения. Было заявлено, что существующие модели добровольного консультирования и проведения анализов должны быть усилены, усовершенствованы и быть дополнены новыми подходами, построенными на потенциале служб медицинского обслуживания, которые бы могли предоставлять консультативные услуги и проводить анализы. Этот подход к проведению анализов на ВИЧ провайдерами медицинской помощи – так называемая система «консультативных услуг и проведения анализов силами провайдеров» (система ПИКТ) должен сопровождаться рекомендациями и строиться на принципах конфиденциальности, а также зависеть от предварительного сознательного согласия человека (другими словами, строиться на этих трех единых принципах). В мае 2007 года секретариат ВОЗ и ЮНЭЙДС опубликовал рекомендации относительно вышеуказанной системы.[35] Другой аспект данного подхода применяется к профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку, благодаря чему все беременные женщины, при их согласии, проходят проверку на ВИЧ-инфекцию.

182. Такого рода подход, по существу, соответствует положениям Свода практических правил МОТ относительно того, что анализы должны проводиться на добровольной основе и только с сознательного и формального согласия человека. Преимуществом такого подхода, безусловно, является то, что возрастает круг лиц, которые получают информацию о своем статусе ВИЧ-инфицированных, и это, при благоприятном стечении обстоятельств, может также снизить стигматизацию, зачастую сопровождающую проведение анализов, так как анализы проходят не только пациенты, подверженные особому риску, а все пациенты, находящиеся в медицинском учреждении, даже хотя у них не проявляются симптомы инфицированности.

183. Тем не менее, МБТ высказывает опасение в отношении того, что такая система на практике может привести к скрытому обязательному проведению анализов, поскольку заинтересованные лица должны принимать меры к тому, чтобы не допускать тестирования, в результате чего они испытывают значительное давление извне, чтобы они соглашались на проведение анализов. Учитывая различные формы проведения анализов и практические трудности обеспечения того, чтобы «три единые» принципа действительно применялись неукоснительно, возникает множество случаев, когда сомнительными оказываются условия добровольности соблюдения требований медицинского ухода при применении системы ПИКТ. Поэтому МБТ находит затруднительным безоговорочно согласиться с этим принципом, принимая во внимание положения Свода практических правил и уроки, извлеченные на практике.

184. Рекомендация не должна возлагать на государства-члены обязательства выбора средств, благодаря которым принцип добровольности проведения анализов на ВИЧ увязывается с безотлагательной необходимостью расширять круг лиц, которые бы знали свой статус ВИЧ-инфицированных. Она могла бы оставить открытой возможность для государств-членов в процессе консультаций с заинтересованными сторонами и всем обществом, включая социальных партнеров, самим анализировать собственные

[34] Заключения и рекомендации совместных технических консультаций ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС на тему: Scaling up HIV testing and counselling in Asia and the Pacific, Phnom Penh, Cambodia, 4-6 June 2007, по адресу: www.searo.who.int/LinkFiles/AIDS_ConclusionsNRecommendations.pdf

[35] См. ВОЗ/ЮНЭЙДС: *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*, 2007, по адресу: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf

конкретные условия и обдумывать наиболее эффективные решения с точки зрения проведения анализа на ВИЧ, обеспечивая соблюдение основополагающих прав, а также содействуя тому, чтобы государства-члены были заинтересованы в разработке и проведении профилактических стратегий при одновременном вскрытии случаев инфицированности ВИЧ. Возможно, было бы желательно, чтобы в предлагаемой рекомендации предусматривалось проведение более широкодоступных анализов вне рабочих мест, а также гарантировалась конфиденциальность личной жизни, равно как и принимались меры к тому, чтобы лечение было более доступным как физически, так и материально.

185. Кроме того, учитывая широко распространенную практику, предусматривающую проведение анализов на ВИЧ некоторых категорий работников (см. главу III), при обсуждении и принятии предлагаемой рекомендации следовало бы обсудить вопрос о целесообразности пересмотра формулировок Свода практических правил МОТ, предусмотрев условия, в соответствии с которыми могли бы предусматриваться ограничения принципов добровольности. Это основной принцип прав человека, но число стран или профессиональных аттестующих или сертифицирующих органов, которые считают необходимым конкретно указать на этот принцип, достаточно, чтобы говорить о необходимости проведения дальнейших дискуссий.

Риски и уязвимость

186. При принятии и последующем применении международных нормативных актов по ВИЧ/СПИДу необходимо учитывать многие факторы рисков и уязвимости. Многие из этих факторов ничего не имеют общего с рабочими местами, но при этом они, тем не менее, имеют серьезные последствия для работников и их семей. Важно, чтобы министерства труда, работодатели и работники не занимали ложных позиций с точки зрения того, что им следует рассматривать только профессиональные и производственные риски, которые могут привести к распространению ВИЧ. Ответные меры на ВИЧ должны сочетать две взаимодополняемые стратегии: сокращение рисков посредством проведение специальных программ профилактики и сведение к минимуму уязвимости благодаря широкому участию общественных сил в процессе социальных, культурных, политических и экономических перемен. Чрезвычайно важно не ассоциировать это заболевание лишь с группами населения, которые считаются «уязвимыми слоями» или группами «риска».

Более широкие социальные, экономические и политические факторы

187. В приложении к Своду практических правил МОТ обозначены некоторые более широкие социальные факторы, усугубляющие состояние уязвимости перед ВИЧ. В нем указывается, что СПИД процветает там, где нарушаются социальные и культурные права и где игнорируются нормы гражданских и политических прав. Что касается экономической стороны дела, основным фактором является бедность (см. ниже). В отношении социального и культурного аспектов, неравенство в межличностных и трудовых отношениях приводит к вынужденному сексу в условиях риска, так как женщины оказываются в крайне невыгодных условиях. Образ жизни и поведение также следует отнести к факторам, которые могут усугубить риск заражения ВИЧ. ВИЧ может передаваться путем внутривенных инъекций наркотиков нестерильными иглами или другим инъекционным инструментарием. Доказано, что злоупотребление наркотиками и алкоголем снижает чувство контроля в отношении безопасности секса или инъекций. Стигматизация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, усиливает естественное нежелание признаться в заболевании, тем самым способствуя распространению заболевания. Культурные условности и маргинализация скрывают масштабы эпидемии как в местных, так и национальных масштабах, затрудняя проведение мер борьбы с болезнью

для общества и отдельных индивидов. Что касается гражданской и политической стороны проблемы, конфликтные ситуации, нарушение закона и правопорядка, несовершенные правовые рамки и неэффективные правоприменительные механизмы, а также нарушения права на объединение и ведение коллективных переговоров мешают развитию в целом и подрывают применение мер пропаганды здравоохранения, в частности. Во многих странах недостаточно финансируемые системы здравоохранения, и без того ослабленные долгами и структурными преобразованиями, оказываются не в состоянии обеспечить необходимую профилактику и лечение заболевания. В целом, можно сказать, что обстановка дискриминации и нарушения прав человека делает работников более уязвимыми по отношению к инфекции ВИЧ и снижает их способность справиться со СПИДом, так как затрудняет проведение добровольной проверки на ВИЧ, получение консультаций, лечения и помощи; кроме того, работники не имеют возможности участвовать в пропагандистских и профилактических кампаниях.

188. Большинство из перечисленных факторов практически ничего не имеют общего с личными или профессиональными характеристиками и особенностями, и поэтому эпидемия СПИДа не может рассматриваться лишь как чисто медицинская проблема или проблема здравоохранения.

Бедность

189. Бедность делает более вероятной возможность передачи ВИЧ.[36] Лица, живущие с ВИЧ, равно как и страны, находящиеся на низшей ступени экономического развития, лишены ресурсов, необходимых для обучения, проведения анализов, лечения, а также всех других успешных стратегий, которые многие страны сумели взять на вооружение. Неимущим слоям населения характерны более высокие уровни неграмотности, и они лишены доступа к службам здравоохранения и системам социальной помощи. Это значительно снижает вероятность того, что они будут получать информацию о ВИЧ и о том, как можно противостоять инфицированию. Малоимущие лица, страдающие от ВИЧ, могут быстрее умирать, чем имущие, так как они часто лишены доступа к службам здравоохранения и лекарственным препаратам как для того, чтобы лечить оппортунистические инфекционные заболевания, так и бороться непосредственно с ВИЧ с помощью антиретровирусных лекарств.[37]

190. Заболевание усугубляет состояние бедности там, где оно уже проявляется, и катастрофическим может быть воздействие ВИЧ/СПИДа на индивидуальные домохозяйства. В условиях отсутствия сетей социальных гарантий защищенности, включая медицинское страхование и социальное обеспечение, болезнь одного из членов семьи означает повышение медицинских расходов и снижение доходов семьи, что часто повергает семьи в состояние бедности. В последние несколько лет признается, что эта эпидемия наносит большой ущерб экономическим завоеваниям, которых удалось добиться, а также самому потенциалу будущего развития. Эпидемия ВИЧ/СПИДа усугубляет сегодняшние социально-экономические проблемы развивающихся стран и сама обостряется в силу этих проблем. Это может привести к интенсификации бедности и даже вытеснить некоторых представителей имущих слоев за черту бедности. В докладе 2001 года[38] указывалось, что уже в то время эпидемия ложилась тяжелым бременем на многие страны. К примеру:

---

[36] МОТ: *Implementing the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work: An education and training manual*, Женева, 2002.

[37] J. Collins and B. Rau: *AIDS in the context of development*, UNRISD, Programme on Social Policy and Development, Paper No. 4, декабрь 2000.

[38] Brookings Institution: *Meeting the global challenge of HIV/AIDS*, Washington, DC, апрель 2001 г., по адресу: http://www.brookings.edu/comm/policybriefs/pb75.pdf

- Кения планировала затрачивать 60% своего бюджета, выделяемого на здравоохранение, на лечение ВИЧ/СПИДа к 2005 году;
- в Замбии в 1998 году смертность среди учителей равнялась двум третям численности выпускников педагогических колледжей;[39]
- одна треть домохозяйств сельских районов, пораженных ВИЧ/СПИДом в Таиланде, сообщила о снижении объемов сельскохозяйственной продукции на 50%.

191. Однако, что касается более бедных стран, в которых сконцентрирована эта болезнь, даже те из них, где отмечается более высокий уровень образования и доходов, как правило, не могут похвастаться более низкой распространенностью ВИЧ. Это означает, что когда ВИЧ внедрился в стране, следует говорить о серьезных последствиях для предложения рабочей силы с точки зрения как количества, так и качества. Утрата громадного числа высококвалифицированных кадров – от учителей и врачей до фермеров и разнорабочих – оказывает серьезное воздействие на способность стран сохранять свои уровни производительности и оказывать основные услуги, равно как и покончить с бедностью.

192. Помимо соображений общего характеры, которые приведены в настоящем докладе, следует напомнить, что женщины оказываются в более уязвимом положении перед лицом бедности и с большей степенью вероятности могут страдать от последствий, чем мужчины. Хотя гендерные аспекты рассматриваются в одном из следующих разделов, они не могут анализироваться изолированно от более широкой проблемы бедности.

Безработица

193. Безработица, и особенно безработица среди молодежи, может быть важным фактором передачи ВИЧ, а также затруднять доступ инфицированных лиц к профилактическим мероприятиям, уходу и помощи, лечению и поддержке. Во-первых, безработные лица лишены доступа к рабочим местам, на которых проблема ВИЧ/СПИДа может быть разрешена наиболее эффективно. Они, как правило, беднее других слоев населения и поэтому могут рассчитывать на помощь со стороны общинных центров, занимающихся профилактикой ВИЧ и предоставляющих лечение заболевания.

194. Молодые люди особенно уязвимы, когда они не имеют работы. В последнем докладе МОТ, посвященном проблемам занятости молодежи (2006),[40] приводится дополнительная информация о складывающейся глобальной ситуации, когда молодежь сталкивается со все большими трудностями при вступлении на рынок труда. Суть одного из основных заключений доклада состоит в том, что глобальный дефицит достойного труда и соответствующих возможностей получить достойную работу приводит к ситуации, в которой каждый третий молодой человек либо занимается поиском работы, но не может найти ее, либо вовсе прекратил поиски работы, либо трудоустроен, но вынужден жить менее, чем на 2 долл. США в день, то есть за чертой бедности. Без достаточно прочной исходной позиции, позволяющей начать трудовую жизнь, молодежь менее способна делать выбор, который бы позволил ей улучшить перспективы трудоустройства самих молодых людей, равно как и их потомков. Это, в свою очередь, не позволяет преодолеть порочный круг неадекватного образования, низкой производительности труда и работающей бедноты от одного поколения к другому и

[39] См. также МОТ: *В будущем нет места детскому труду*, Глобальный доклад, подготовленный в рамках реализации Декларации МОТ об основополагающих принципах и правах в сфере труда, МКТ, 90-я сессия, доклад I(B), 2002 (Женева, 2002), по адресу: http://www.ilo.org/dyn/declaris/DECLARATIONWEB.DOWNLOAD_BLOB?Var_DocumentID=1566

[40] МОТ: *Global employment trends for youth*, 2006, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/download/gety06en.pdf

может усугубить уязвимость молодых людей перед ВИЧ-инфекцией в том случае, если они ведут рискованный образ жизни в силу ощущения безысходности и отчуждения или просто-напросто по причине необходимости заработать на жизнь. Кроме того, невелика вероятность того, что они будут иметь доступ к мероприятиям профилактики, ухода, лечения и поддержки.

Отсутствие государственных служб

195. Прогрессирование эпидемии может быть также тесно увязано с отсутствием государственных служб. В ряде стран службы государственного здравоохранения не способны справиться со всеми проблемами, вызванными эпидемией ВИЧ. Это часто приводит к тому, что государственные службы не могут проводить обучение и подготовку по вопросам о том, как предотвратить передачу ВИЧ, как осуществлять анализы, которые бы помогали людям узнать свой статус по отношению к ВИЧ-инфекции, и что можно сделать в случае заражения, а также лишены возможности проводить лечение и уход за больными. Дефициты в сфере лечения могут происходить от отсутствия доступных лекарственных препаратов или же в силу инфраструктурных и организационных недостатков и лакун, в том числе в первичной медико-санитарной помощи и в финансировании систем социального обеспечения. Особую озабоченность вызывает проблема передачи заболевания от матери к ребенку. Без лечения антиретровирусными препаратами от 20 до 45% новорожденных, матери которых являются носителями ВИЧ, приобретают этот вирус во время беременности, рождения и кормления грудью.[41] По оценкам за 2005 год, охват беременных женщин-носителей ВИЧ профилактическими мероприятиями с применением антиретровирусными препаратами составил 11% в странах Африки к югу от Сахары, 75% в странах Восточной Европы и Центральной Азии, 24% в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, 5% в Восточной, Южной и Юго-Восточной Азии и менее 1% в Северной Африке и на Ближнем Востоке.[42]

196. Во многих случаях недостаточное государственное медицинское обеспечение заставляет работодателей принимать на себя обязанности, которые, в сущности, должно нести государство. Работодатели в любом случае заинтересованы в благополучии своих работников и в самом выживании своих предприятий. Они стремятся сократить абсентеизм и удерживать квалифицированные кадры; кроме того, они могут испытывать на себе давление со стороны профсоюзов. Многие из них испытывают глубокое чувство корпоративной социальной ответственности. Однако, помимо этих причин, работодатели могут быть вынуждены выполнять некоторые задачи, чтобы восполнить пробелы в отношении государственных служб, хотя эти задачи не входят в сферу их компетенции и выходят за рамки их возможностей. Рекомендация может способствовать установлению соответствующих обязанностей и сферы ответственности государственного и частного секторов перед лицом ВИЧ/СПИДа.

197. Что касается неполного охвата законодательством,[43] важность законодательных основ установления и защиты основополагающих принципов, касающихся ВИЧ/

[41] K.M. De Cock, et al.: “Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice”, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 283, No. 9, 2000, pp. 1175–1182.

[42] ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ: *Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*, Progress Report, Geneva, 2007.

[43] Настоящий раздел и соответствующий раздел, посвященный законодательству в главе III, построены на: J. Hodges: *Guidelines on addressing HIV/AIDS in the workplace through employment and labour law*, ILO, InFocus Programme on Social Dialogue, Labour Law and Labour Administration, Paper No. 3, 2004, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/downloads/papers/hivaids.pdf. См. также J. Hodges: *Policy and legal issues relating to HIV/AIDS and the world of work*, подготовленной как составная часть мер по Платформе действий Виндхука (Намибия, 1999) и представленная на XIV Международной конференции по СПИДу, Барселона, 7-14 июля 2002 г.; J. Hodges: *An outline of recent developments concerning equality*

СПИДа на рабочих местах, признана в июне 2001 года Генеральной Ассамблеей ООН в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (UNGASS). В Декларацию включен следующий принцип:

> К 2003 году разработать национальную и директивную базу, которая обеспечивала бы защиту на рабочем месте прав и достоинства лиц, инфицированных ВИЧ и затрагиваемых этой проблемой, и тех лиц, которые подвержены наибольшей угрозе заражения ВИЧ/СПИДом на рабочем месте, в консультации с представителями работодателей и работников, в особенности тех, кто заражен ВИЧ/СПИДом и кого затрагивает эта проблема, с учетом принятых международных руководящих принципов, касающихся проблемы ВИЧ/СПИДа на рабочем месте.

Поскольку отсутствуют систематические последующие меры реализации этого принципа, закрепленного в Декларации о приверженности, меры, которые были бы предприняты в результате принятия предлагаемой рекомендации, могли бы позволить преодолеть этот недостаток.

198. К сожалению, как будет показано в следующей главе, зачастую отсутствуют надлежащие законодательные основы, либо предусматривающие общие основы, либо в отношении отдельных слоев населения страны. Когда правительства не принимают необходимого законодательства, или не адаптируют его к изменяющимся условиям, или не упорядочивают его нормативную структуру, чтобы оно могло эффективно выполняться, или из года в год откладывают принятие окончательного варианта законодательных актов, что, необходимо заметить, часто происходит на практике, в результате лакуны действий правительства опять-таки способствуют распространению инфекции ВИЧ и тормозят процесс принятия действенных решений.

199. Вклад служб инспекции труда, по крайней мере потенциально, играет решающую роль. Комитет экспертов в своем Общем обзоре по вопросам инспекции труда в 2006 году отмечал, что «инспекторам труда отводится исключительно важная роль в деле защиты работников в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа».[44] В 2005 году Программа МОТ/СПИД опубликовала «Руководство для инспекторов труда по ВИЧ/СПИДу».[45] Среди причин, на которые было указано, обязывающих инспекторов труда принимать во внимание ВИЧ/СПИД, были приведены следующие:

- Многими странами в настоящее время принято законодательство, в котором конкретно рассматриваются проблемы ВИЧ/СПИДа и занятости, и инспекторам труда предстоит во многих случаях следить за соблюдением законов.
- Рабочие места являются важной ареной борьбы с ВИЧ/СПИДом, и инспектора труда могут внести свой заметный вклад в дело борьбы с ВИЧ/СПИДом в ходе обсуждения этого вопроса и способствовать тому, чтобы на рабочих местах проводилась разумная политика.

200. Описанный здесь подход может с пользой применяться, безусловно, лишь когда в стране действуют эффективно функционирующие службы инспекции труда, укомплектованные достаточным количеством кадров необходимой квалификации, чтобы охватить все экономические сектора. Слишком во многих странах такие службы инспекции труда страдают от дефицита средств, недостатка кадров, прошедших должную

issues in employment for labour court judges, Geneva, Nov. 1997; M.-C. Chartier: *HIV/AIDS and human rights: Promoting human rights through the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work*, ILO/AIDS Working Paper No. 3, 2002, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/d3aids.pdf; and J. Hodges, *Digest of good legislative practices relating to HIV/AIDS in selected African countries*, to be published in Nov./Dec. 2007.

[44] МОТ: *Labour inspection,* Общий обзор, МКТ, 95-я сессия, 2006, п. 56, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/labinsp/dussconf_07/cd/gb_ppt.pdf

[45] МОТ/СПИД: *Handbook on HIV/AIDS for labour and factory inspectors*, Женева, февраль 2005.

подготовку, в результате чего отмечаются серьезные недостатки в работе государственных служб, которые ничего не предпринимают, чтобы предотвратить распространение ВИЧ, и которые сами по себе могут стать фактором риска распространения ВИЧ.

Гендерные аспекты

201. В Своде практических правил МОТ содержится два конкретных положения, касающихся гендерных аспектов (пункт 4.3 «Гендерное равенство» цитируется в главе III):

6.3. Гендерно ориентированные программы

a) Все программы должны учитывать гендерные аспекты наряду с аспектами, относящимися к расовой принадлежности и сексуальной ориентации. Сюда входит непосредственное ориентирование программ на смешанную женскую и мужскую аудиторию или проведение отдельных программ для женщин и мужчин с учетом наличия различных типов и степеней риска для трудящихся женщин и мужчин.

b) Информация для женщин должна развивать чувство осторожности и объяснять существование повышенного риска инфицирования, особенно для молодых женщин.

c) Просвещение призвано помочь женщинам и мужчинам осознать неравенство в соотношении сил, существующее между ними в трудовых и личных отношениях, и способствовать выработке соответствующего поведения; отдельно следует рассматривать случаи сексуального домогательства и насилия.

d) Программы должны помочь женщинам понять свои права как на рабочем месте, так и вне его, и вооружить их средствами защиты.

e) Программы просвещения для мужчин должны выработать у них осознание серьезности вопроса, умение оценивать риски и повышать ответственность мужчин в плане профилактики ВИЧ/СПИДа.

f) Соответствующие целевые профилактические программы необходимо разрабатывать также и для мужчин-гомосексуалистов по консультации с этой группой работников и их представителями.

202. Что касается непосредственно женщин, хотя положения сами по себе носят весьма строгий характер, постоянно высказывается озабоченность со стороны тех, кто имеет дело с решением проблем, связанных с эпидемией ВИЧ/СПИДа, и кто говорит о необходимости предпринимать дополнительные усилия на практике, чтобы следить за положением женщин и более полно включать гендерные аспекты в деятельность как на национальном, так и на международном уровнях.

203. Не подлежит сомнению тот факт, что все большее число женщин страдает от ВИЧ; столь же очевидны последствия такого положения дел. Согласно докладу 2007 года, подготовленному ЮНЭЙДС и ВОЗ:[46]

> По расчетам, в 2007 году насчитывалось 15,4 млн. женщин [13,9-16,6 млн.], живущих с ВИЧ, что на 1,6 млн. превышает их численность в 2001 году – 13,8 млн. [12,7-15,2 млн.] … В **странах Африки к югу от Сахары** почти 61% взрослого населения, живущего с ВИЧ, в 2007 году составляли женщины, тогда как в **странах Карибского бассейна** их доля составляла 43% (по сравнению с 37% в 2001 г.). Постепенно возрастает доля женщин, живущих с ВИЧ, в **Латинской Америке**, **Азии** и **Восточной Европе**, поскольку ВИЧ передается женщинам их партнерами-мужчинами, которые, вероятнее всего, заразились путем потребления инъекционных наркотиков, либо во время незащищенного коммерческого секса, либо секса с мужчинами. В странах **Восточной Европы** и **Центральной Азии**, по расчетам, в 2007 году женщины составляли 26% взрослого населения, зараженного ВИЧ (по сравнению с 23% в 2001 г.), а в Центральной Азии их доля составила в 2007 году 29% (по сравнению с 26% в 2001 г.).

[46] ЮНЭЙДС и ВОЗ: *AIDS epidemic update*, декабрь 2007 г., по адресу: http://www.unaids.org/

204. Суть проблемы заключается в том, что во многих обществах женщины пользуются более низким статусом с точки зрения как закона, так и на практике. Это часто означает, что женщины часто занимают подчиненное положение в отношении своей сексуальной жизни и имеют более ограниченный доступ к широким возможностям информационно-просветительской деятельности и к лечению, чем мужчины. По этим причинам в пункте 4.3, упомянутом выше, подчеркивается, что чем значительная гендерная дискриминация в обществе, тем сильнее женщины подвержены заражению ВИЧ, и что крайне необходимы равноправные гендерные отношения и усиление правового положения женщин в обществе, чтобы предотвратить распространение ВИЧ и позволить женщинам бороться с ВИЧ/СПИДом. Чтобы положить конец эпидемии ВИЧ и повернуть вспять сегодняшние тенденции, необходимы дополнительные усилия, которые позволили бы женщинам добиться большего экономического, социального и политического равноправия.

205. Такая дискриминация наблюдается также и на рабочих местах. В Пособии МОТ по вопросам обучения и подготовки[47] указывается, что мир труда во многом несправедлив. Женщины по-прежнему оказываются перед лицом неравных стандартов найма, неравных возможностей в области обучения и переподготовки, неравенства в сфере оплаты труда за равноценную работу, сегрегации и концентрации своей трудовой деятельности в сравнительно узком круге «чисто женских специальностей», пользуются неравным доступом к производительным ресурсам, включая кредиты, принимают неравноправное участие в экономически важных решениях, пользуются неравными перспективами профессионального роста, и кроме того велика вероятность того, что они останутся безработными. Они также становятся жертвами насилия на рабочих местах и сексуальных домогательств и притязаний, включая возможное изнасилование как проявление сексуального шантажа, на рабочих местах или по пути на работу или домой. Иногда это считается даже как оправданное поведение в случае, если женщина работает вне дома и если это обстоятельство идет вразрез с общепринятыми понятиями о роли женщины в обществе.

206. Однако, беспокойство в отношении гендерного равенства вызывает не только положение женщин. Как указывается в Пособии МОТ по вопросам обучения и подготовки 2002 года: критически важными факторами являются давление, оказываемое на мужчин и мальчиков, нормы, воздействующие на них, и их образ жизни и поведение. По этой причине в процессе поисков ответов с учетом аспектов гендерного равенства должны учитываться не только личные, социальные, экономические факторы и элементы наделения женщин политическими правами, сколь важными они бы ни были, но и такие аспекты, как работа с мужчинами и мальчиками, чтобы они понимали, например, необходимость применения презервативов и ответственного отношения к своей сексуальной жизни. Следует также рассматривать вопросы приемлемой сексуальной практики, связанной с работой, (сексуальное благоволение для увеселения клиентов, сексуальные домогательства и сексуальные связи как уступка за услуги). Все это касается работающих мужчин и женщин – от руководителей до подсобных рабочих.

207. В Своде практических правил МОТ привлекается также внимание к проблемам, связанным с отсутствием уважения к сексуальной ориентации человека. Хотя в некоторых государствах этот вопрос решается открыто, многие другие страны, равно как и многие международные программы, ориентированные на решение вопросов ВИЧ/СПИДа, обходят молчанием проблемы мужчин, практикующих секс с мужчинами. Основной упор делается на гетеросексуальных отношениях, и особые потребности мужчин, поддерживающих сексуальные связи с мужчинами, редко принимаются во внимание. Даже когда сексуальные отношения между лицами одного пола широко не

[47] МОТ: *Implementing the ILO code of practice on HIV/AID and the world of work*, op. cit.

признаются и не принимаются в той или иной стране, программы борьбы с ВИЧ на рабочих местах должны затрагивать эту проблему, использовать нейтральную и учитывающую деликатность этого вопроса терминологию, разрабатывать учебные материалы, конкретно ориентированные на эту категорию лиц, а также адаптировать свои пакеты инструментальных средств, включая в них учебные модули, охватывающие лиц, практикующих однополый секс.

Возраст

208. Дети почти повсеместно страдают от ВИЧ/СПИДа, особенно на юге Африки, но не только там. Многие становятся сиротами в результате смерти родителей, и таких детей множество; в результате этого они вынуждены заниматься детским трудом. Работая, они могут оказаться жертвами сексуальной эксплуатации, тем более, если они работают в качестве домашней прислуги или если они попадают в сети индустрии секса. С одной стороны, дети покидают школу, чтобы помогать ухаживать за больными или чтобы сохранять доходы семьи; с другой стороны, подрываются основы услуг в области обучения и образования. Многие дети рождаются ВИЧ-инфицированными и нуждаются в лечении, уходе и поддержке, а ВИЧ/СПИД ведет к росту детской смертности. Однако, немногочисленны свидетельства того, что проводятся мероприятия по планированию в целях адаптации долгосрочных стратегий развития к реалиям, связанным с ВИЧ/СПИДом и с необходимостью замещать потери человеческого капитала.

209. Пораженными могут оказаться и пожилые люди. Существенные недостатки и дефициты потенциальных возможностей сектора государственного здравоохранения покрываются, как правило, общинами, в частности пожилыми женщинами на уровне домохозяйств. Воздействие ВИЧ/СПИДа сопряжено с тем, что по мере сокращения производственного вклада категории лиц в возрасте от 15 до 49 лет увеличивается дефицит рабочих рук. Поскольку трудовые ресурсы и сбережения людей отвлекаются от приносящей доход деятельности и деятельности, позволяющей зарабатывать средства на жизнь, и направляются на социальную помощь, ВИЧ/СПИД оказывает негативное воздействие на экономику, в результате чего усиливается риск крайней нищеты. Совокупный эффект дискриминации по причине возраста и пола означает, что большинство работников неформальных структур социальной помощи, которые скорее всего являются пожилыми женщинами, испытывают на себе чрезмерную нагрузку, труд их оплачивается не должным образом и они лишены социальной защиты. Конвенции МОТ, в частности те, которые касаются надомного труда (177), служб гигиены труда (161) и дискриминации (111), закладывают основы для содействия правам работников социальных служб и расширения сферы охвата систем социальной защиты и распространения их на домохозяйства, пораженные ВИЧ/СПИДом. Мероприятия, проводимые в рамках борьбы с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах, должны обеспечивать стабильный всеобщий доступ к профилактике, лечению и уходу благодаря преодолению социальных и экономических последствий ВИЧ/СПИДа для домохозяйств; в частности, они должны быть направлены на ориентацию просвещения и обучения, на нужды пожилых трудящихся-женщин и на обеспечение их доступа к социальному страхованию и к системам микрокредитования.

Поведение и факторы риска

210. Некоторые слои населения подвержены риску по причине своего поведения и образа жизни, даже хотя они и имеют доступ к информации о ВИЧ и к соответствующим услугам. Подоплека выбора поведения выходит за рамки темы настоящего доклада и, возможно, не является предметом выбора. Вопрос заключается в том, каким образом общество, включая рабочие места, относится к людям, которые воспринимаются как лица, ведущие себя несообразно общепринятым нормам поведения. В любом случае поведение людей не отрицает их прав и не должно являться причиной стигматизации или дискриминации. Остракизм и изоляция лишь лишают людей,

которые могут нуждаться в этом, важнейших услуг, информации и поддержки. Большинство мужчин, практикующих секс с мужчинами, лиц, потребляющих инъекционные наркотики, а также люди, занимающиеся коммерческим сексом, и их клиенты составляют сегмент экономически активного населения, и рабочие места являются мишенью целенаправленных мероприятий.

211. Вышеперечисленные способы передачи ВИЧ/СПИДа некогда рассматривались как основные механизмы распространения ВИЧ-инфекции, однако в настоящее время в отдельных регионах картина изменилась. Как уже говорилось выше, в странах, в которых наблюдаются генерализованные эпидемии, ВИЧ-инфекция затронула население в целом. Однако, сосредоточенность ВИЧ-инфекции на отдельных группах населения высокорискованного поведения особенно очевидна в Азии, Восточной Европе и Латинской Америке. В Восточной Европе и Центральной Азии, например, двое из трех (67%) ВИЧ-инфицированных в 2005 году были заражены по причине применения нестерильного инъекционного инструментария. Коммерческий секс и потребление инъекционных наркотиков стало причиной аналогичной общей доли преобладающих способов заражения ВИЧ в Южной и Юго-Восточной Азии. За исключением Индии более одного из каждых пяти инфицированных ВИЧ (22%) приходилось на потребителей инъекционных наркотиков. Незначительная доля, которую, тем не менее нельзя сбрасывать со счетов, (5%) в 2005 году приходилась на мужчин, практикующих секс с мужчинами. В Латинской Америке, напротив, причиной приблизительно одного из четырех (26%) случаев заражения ВИЧ в 2005 году были сексуальные связи между мужчинами, а 19% – потребление инъекционных наркотиков. Хотя эпидемия распространяется также и на население стран в этих регионах в целом, они, главным образом, поражают конкретные группы. Это делает необходимым обеспе-чить, чтобы стратегии профилактики, лечения и ухода целенаправленно ориентировались на те группы населения, которые подвержены наибольшему риску. [48]

Особенности видов деятельности с высоким уровнем риска

212. В Приложении I к Своду практических правил МОТ приведен перечень факторов, ведущих к увеличению риска заражения ВИЧ для отдельных групп работников. Приблизительный перечень таких факторов, с учетом тех, которые включены в приложение, таков:

- работа, связанная с мобильностью, особенно с необходимостью регулярно выезжать из дома от супругов или партнеров;
- работа в замкнутом географическом пространстве с ограниченными возможностями социального общения и получения медицинской помощи;
- работа и проживание в исключительно мужском коллективе;
- ситуации, при которых работник не имеет возможности обеспечить себе защиту от инфекции;
- преимущественно мужская работа, где женщины составляют меньшинство;
- работа, предполагающая наличие производственного риска, такого как контакт с кровью, компонентами крови и другими жидкостями организма человека, травмы медицинскими иглами, контакты с инфицированной кровью, случаи несоблюдения общих мер предосторожности и/или использования непригодного оборудования;
- работа в местах тюремного заключения, на которую часто не распространяются общепринятые положения трудового законодательства и прав человека.

[48] ЮНЭЙДС/ВОЗ: *AIDS epidemic update*, декабрь 2006 г., по адресу: www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/

213. В Приложении I предлагается также включить в вышеприведенный перечень «нетрудовые» ситуации, при которых безработные, образующие группы в центре городов в надежде что-то заработать, подвержены угрозе ВИЧ-инфицирования. Наиболее уязвимыми оказывается молодежь. Не имея работы, то же давление испытывают на себе перемещенные лица и обитатели лагерей.

214. Работники горнорудных предприятий подвержены большому риску не столько в силу характера их деятельности, сколько по причине условий их работы. Это особенно относится к шахтерам, работающим во многих частях юга Африки, где они проживают вдалеке от своих семей и местных общин в течение длительных периодов времени, что усугубляет состояние их уязвимости с точки зрения заражения ВИЧ/СПИДом.

215. Что касается транспорта, хотя наиболее пристальное внимание уделяется дорожному транспорту, ключевые проблемы в равной степени затрагивают также большинство других групп транспортников,[49] например моряков, членов поездных бригад, работников гражданской авиации и работников внутренних водных путей. Расширение транспортных услуг означает, что большее число работников проводит более длительные периоды времени вдалеке от дома и своих семей. Последствия этого носят не только национальный, но и субрегиональный характер, а иногда и более масштабный характер, поскольку работники пересекают границы государств.

216. Работники транспорта испытывают нестабильность, уязвимость перед домогательствами и вымогательством; они имеют ограниченный доступ к услугам медицинских учреждений, особенно если речь идет о передающихся половым путем заболеваниях. Многие из них заняты дальними перевозками и проводят много времени вдали от дома. Работники транспорта жалуются на отсутствие надлежащих условий для отдыха или на недостаточность командировочных для оплаты своего отдыха, а также на отсутствие уважения их прав. Когда моряки прибывают в порт, часто они вынуждены ждать длительное время до разгрузки судна и до того, как будет обработан груз судна, а это означает, что они должны оставаться подолгу в порту. Находясь в море, они иногда живут в течение многих недель на борту судна в компании команды малой численности. В условиях, когда основная заработная плата невелика, работники могут проводить больше времени вдали от дома, чтобы заработать пособия и получить оплату за сверхурочное время. Иногда они отказываются от проживания в нормальных условиях, чтобы сэкономить на этом. Переспать с работником секс-бизнеса может оказаться дешевле, чем снять номер в «обычной» гостинице.

217. Работники сферы медицинского обслуживания подвергаются высокой степени риска заражения, главным образом, через травмы при иглоукалывании, хотя в отношении масштабов производственного заражения данные отсутствуют. В ряде случаев ВИЧ/СПИД признается профессиональным заболеванием, но в любом случае должны предоставляться специальные защитные средства таким категориям работников, а также работникам взаимосвязанных профессий, таким как уборщикам больниц и клиник, санитарам моргов и работникам служб скорой помощи.

218. Коммерческий секс, безусловно, является фактором эпидемии ВИЧ и ведет к тому, что игнорируются права такой категории работников, усугубляется их уязвимость перед ВИЧ, а также сужаются их возможности прохождения профилактики. Работники секс-бизнеса наиболее уязвимы перед ВИЧ, и, вероятнее всего, они входят в ту группу лиц, которая вряд ли может рассчитывать на поддержку в случае заражения. Они находятся в постоянной зависимости от своих клиентов, часто являясь жертвами насилия, которые могут принуждать их к незащищенному сексу. В большинстве стран секс-бизнес носит незаконный характер и не признается обществом, но при этом он

[49] См. МОТ/СПИД: *Применение Свода практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» – Руководство для предприятий транспортного комплекса*, op. cit.

широко распространен; в отдельных странах он даже регламентирован, хотя и объявлен вне закона. Признание его существования и рисков, сопряженных с ним, не означает согласия с его законностью, но дает возможность защищать тех, кто практикует коммерческий секс, и включать работников секс-бизнеса в стратегии поддержки.

219. Положение работников секс-бизнеса не всегда способствует взаимному нахождению решений. Во многих случаях, когда эта форма деятельности квалифицируется как незаконная, возникают как практические, так и правовые препятствия, мешающие налаживать контакты с этой категорией работников. Кроме того, на ответные меры на ситуацию, в которой оказываются эти работники, часто оказывает воздействие общественное восприятие, диктующее, что они не заслуживают помощи или что в силу практикуемой профессии они не имеют никаких прав.

220. Практические причины оказания помощи работникам секс-бизнеса вполне очевидны. Такие категории работников присутствуют во всех странах, занимая либо легальное положение, либо находясь вне закона, но если им не оказывать содействия и не заниматься их просвещением в отношении профилактики и не проводить периодического медосмотра, они будут продолжать оставаться уязвимыми перед инфекцией. Поэтому жизненно важно прямо и открыто анализировать их ситуацию и добиваться того, чтобы они пользовались тем же правом доступа к мерам профилактики, лечения, ухода и поддержки, как и все другие работники.

221. Независимо от того, признается ли законный статус этой профессии и пользуются ли работники секс-бизнеса защитой трудового законодательства, на них также распространяются общие принципы защиты прав человека, применяемые ко всем. Они нуждаются в защите от дискриминации, принудительного труда и детского труда; без такой защиты они тем более могут быть подвержены таким надругательствам, которые способствуют распространению ВИЧ по причине бесконтрольности их собственной ситуации. Это случается особенно, но не только, в том случае, если они были проданы для занятия коммерческим сексом. Помимо этого, большинство международных трудовых норм, а также акты Организации Объединенных Наций или региональные нормы не ограничивают собственные положения лишь работниками, занятыми на законных основаниях или так называемыми «легальными» работниками. Правом на медицинское обслуживание и доступ к медицинской помощи, равно как и защитой от многочисленных форм эксплуатации или от отказа в правах пользуются все работники.

222. Что касается миграции в поисках работы, информация, которой располагает МБТ, свидетельствует о том, что большинство стран занимается разработкой программ защиты и расширением доступа работников к мероприятиям, связанным с борьбой с ВИЧ/СПИДом, и их законодательство и политика включают положения о дискриминации против работников, инфицированных ВИЧ, или работников, которые воспринимаются как группы риска. Главное исключение составляют трудящиеся-мигранты. Как явствует из главы III настоящего доклада, более 60 стран требуют проведения анализов на ВИЧ в отношении лиц, запрашивающих разрешение на въезд в страну либо для работы, либо для других целей. Хотя не все из этих положений четко указывают на эти требования, это обычно означает, что ВИЧ-инфицированным лицам отказано в праве стать официально признанными трудящимися-мигрантами на тех же основаниях, которые действуют в отношении других работников. Это чревато некоторыми негативными последствиями.

223. Во-первых, во многих случаях доступ к трудовой миграции является единственной возможностью для работников получить доход в условиях, когда у себя на родине они страдают от бедности и высоких уровней безработицы. Трудовая миграция – это стратегия выживания в первую очередь для неимущих, а ВИЧ-инфицированным лицам может быть отказано в доступе к ней.

224. Во-вторых, отказ таким работникам в доступе к возможностям занятости, также означает, что они лишаются доступа к мероприятиям по профилактике, уходу, лечению и поддержке. Это превращает их в особо уязвимую группу лиц перед ВИЧ/СПИДом и его симптомами и лишает их и их семьи возможностей получения дохода, который ВИЧ-инфицированные работники могли бы получать до того, как они стали бы недееспособными по состоянию здоровья, а также, несомненно, возможности прохождения лечения, которое во многих случаях могло бы замедлить на длительное время или даже предотвратить развитие симптомов заболевания. Эти факторы признаются многими странами, особенно в Карибском бассейне, которые безапелляционно отказались от проведения анализов на ВИЧ трудящихся-мигрантов, в некоторых случаях сняв действовавшие прежде ограничения.

225. Трудящимся-мигрантам также часто отказано в праве на обучение профилактическим мерам и в услугах в сфере профилактики как до их отъезда из своей страны, так и в принимающей стране; иногда они не владеют в достаточной мере иностранным языком, не знакомы с культурными традициями и административными процедурами принимающей страны; и они зачастую оказываются отрезанными от своих семей и корней. Когда они не имеют официальных документов на пребывание в стране, они не могут рассчитывать на медицинские услуги принимающей страны, в которой они работают. Они, по многочисленным свидетельствам, подвергаются дискриминации, трудятся в плачевных условиях и не имеют официальных трудовых договоров, а также лишены прав, которыми пользуются другие работники.

226. Это может в первую очередь относиться к определенным категориям работников. Надомные работники, в большинстве своем – женщины, более страдают от сексуальных надругательств, чем другие категории трудящихся-мигрантов, что ставит их в условия повышенного риска заражения ВИЧ. Многие трудовые мигранты отделены от местного населения и часто проживают в однополой среде, что также увеличивает риск передачи ВИЧ половым путем и способствует потреблению ими наркотиков и алкоголя, что, в свою очередь, расширяет вероятность практики незащищенных половых связей. Многие трудовые мигранты, находящиеся как на законных основаниях, так и нелегалы, заняты в сельском хозяйстве, строительстве и на других объектах и не имеют доступа к мероприятиям профилактики и лечения.

227. Согласно конвенциям МОТ и ООН, тем не менее, трудовые мигранты имеют право на ту же защиту, что и работники принимающей страны. Несмотря на то, что условия их труда и проживания могут регулироваться соответствующими нормами, в том, что касается лишенных официальных документов на пребывание в стране трудящихся-мигрантов, они имею право на защиту своих прав человека как все другие работники, включая право на медицинское обслуживание и здравоохранение. Эта сфера охвата защиты действует, даже когда соответствующие конвенции МОТ (Конвенции 97 и 143) или Международная конвенция о защите всех трудовых мигрантов и членов их семей не ратифицированы той или иной страной; они предусмотрены в двух получивших широчайшую ратификацию международных пактах, в частности в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах.

228. Из всего вышеизложенного можно сделать несколько выводов. Во-первых, как и в отношении ряда других тем и вопросов, ратификация и применение других нормативных актов о правах трудящихся будет способствовать сокращению случаев заражения ВИЧ среди трудящихся-мигрантов благодаря улучшению условий их труда и жизни. Во-вторых, как на страны происхождения, так и на принимающие страны налагается обязанность принятия необходимых мер, направленных на расширение доступа трудящихся-мигрантов к мерам профилактики, обучения, ухода, поддержки и лечения. И наконец, страны должны пересмотреть свои требования о необходимости для трудовых мигрантов сдавать анализы на ВИЧ и, в случае выявления вируса, о недопущении их в страну. Это напрямую противоречит позиции всех международных организаций,

работающих над этим вопросом, и эта позиция, по крайней мере в принципе, широко поддерживается их государствами-членами. Более того, вполне вероятно, что в результате такого требования будет обеспечено то, что трудовые мигранты, которые действительно имеют статус ВИЧ-инфицированных или могут быть носителями этого вируса, или которые не знают собственного статуса в этом отношении, могут предпочесть мигрировать, минуя официальные пути и каналы, что еще более удалит их от мероприятий профилактики, ухода, поддержки и лечения и поставит под угрозу их самих, членов их семей и все общество в целом.

Глава III

Ситуация на национальном и региональном уровнях

Законодательство и практика на национальном уровне

229. Одна из причин, почему предлагается принять рекомендацию – это отсутствие методов сбора информации о национальных мерах, предпринимаемых в исполнение Свода практических правил. Новый акт предназначается и в качестве руководства в отношении тех мер, которые будут осуществляться с учетом передовой практики.

230. Для составления информации о ситуации на национальном уровне о том, как страны решают проблемы ВИЧ/СПИДа в сфере труда, Бюро использовало имеющуюся у него информацию, информацию, предоставленную другими спонсорами ЮНЭЙДС, а также материалы исследований в области законодательства. Несмотря на широкий охват этих сведений, они далеко не полны.[1] Информация не основывается на докладах правительств или на систематической информации социальных партнеров, если только она не накапливается в ходе другой работы, в том числе технического сотрудничества Бюро или других партнеров. В рамках подготовки к прениям на Конференции Бюро действительно намеревается опубликовать собираемую им информацию по вопросам законодательства и практики и в максимально возможной степени обновить ее; это будет инструментом в собственной работе Бюро, а также дальнейшим вкладом в деятельность трехсторонних участников и ЮНЭЙДС.

231. Поэтому нижеследующую информацию следует воспринимать как ориентировочную. Бюро намеревается дополнить ее сведениями, предоставленными государствами-участниками и другими сторонами. Одна часть составленной Бюро информации представляется здесь в общем контексте, а другая часть используется для иллюстраций в других главах доклада.

232. Кроме того, данная глава в основном касается актов, принятых на национальном уровне; в меньшей степени она относится к фактической практике. Как и во многих других случаях, для определения национальных приоритетов и стимулирования действий невозможно обойтись без законодательства и мер политики, однако они не обязательно применяются на практике, а в некоторых случаях являются лишь жестами, которые не ведут к реальным действиям. Тем не менее, в нижеперечисленных случаях, по крайней мере, предпринимались попытки одобрить меры политики – во многих случаях с помощью МОТ или других международных партнеров ЮНЭЙДС – а это уже прогресс.

[1] Как указывается в других главах, в данный доклад невозможно включить всю информацию, которой располагает Программа МОТ/СПИД. МБТ намерено предоставить как можно больше информации на веб-сайте МОТ/СПИД и другими способами.

233. Как указывалось в предыдущей главе, законы, относящиеся к сфере труда, являются идеальным каналом для поисков ответов на проблему ВИЧ и для противостояния вредным мифам вокруг этой болезни. Все страны, независимо от распространенности заболевания на их территории, могут выиграть от создания правовых основ, с помощью которых вопросы в сфере труда выносятся на открытое обсуждение, обеспечивается защита от дискриминации в области занятости, стимулируются меры профилактики и лечения на рабочем месте и обеспечивается участие всех заинтересованных сторон в деятельности механизмов и учреждений, которые могут быть созданы. Все больше стран сейчас принимает законы, в которых вопросы ВИЧ/СПИДа рассматриваются как раз с точки зрения занятости. Некоторые страны предпочли сделать это в рамках отдельных законов о СПИДе, равенстве, нетрудоспособности, либо в рамках законов о занятости и трудовых отношениях, включая кодексы поведения, принимаемые в качестве подзаконных актов. Правительствам необходимо подумать над тем, какие трудовые законы наиболее полно соответствуют их национальным условиям и масштабу пандемии в их странах. МБТ провело обследование передовой практики по типам законов о труде, в котором анализируются преимущества различных видов правовых основ.[2]

234. Трудовое законодательство – общее понятие, охватывающее все вышеуказанные случаи в сфере труда – является основной отправной точкой. В стратегии, поощряемой МОТ, подчеркивается значение социального диалога и участия в процессе разработки законодательства социальных партнеров и других групп гражданского общества, заинтересованных в решении этих вопросов, особенно объединений лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом. МОТ также оказывает помощь своим трехсторонним участникам – органам регулирования вопросов труда, в частности, их инспекциям и механизмам разрешения споров, с одной стороны, и профсоюзам и организациям работодателей, с другой стороны, в решении задачи правоприменения.

235. Не менее важная роль принадлежит службам инспекции труда.[3] Роль инспекции труда меняется от контроля над соблюдением трудового законодательства к распространению детальных, предписывающих норм. У инспекторов ограничена способность принимать меры по устранению нарушений законодательства, в частности, когда законы применяются – де-факто или де-юре – лишь к малой формальной экономике. В рамках современного подхода инспекция труда участвует совместно с работодателями и работниками в постановке целей и помогает им достигать этих целей. Все чаще инспекторы вносят вклад в разработку, реализацию и оценку планов и кампаний, поощряя профилактику вместо компенсации, применяя технологические решения и в равной степени советуя и принуждая. Если в конкретной стране инспекция труда еще не приняла этот подход, ей следует о нем подумать, особенно перед лицом усиливающихся угроз, таких как эпидемия ВИЧ.

236. Конвенции по вопросам инспекции труда (81 и 129) обеспечивают прочную основу для принятия нового подхода. Вопросом остается претворение в жизнь национального законодательства, поскольку само по себе существование законов не гарантирует должным образом функционирующую систему. По этой причине сейчас больше внимания уделяется участию всех заинтересованных сторон, особенно организаций работодателей и работников, а также процессу социального диалога.

237. Необходимы и новые навыки, в том числе навыки ведения переговоров, мотивации и общения. Они должны подкрепляться новыми материалами для политического и технического руководства. Относительно новым инструментом, основанном на

[2] M.-C. Chartier: *Legal Initiatives that can Help Fight HIV/AIDS in the World of Work* (МОТ/СПИД, сентябрь 2003) по адресу: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/legal_initiatives.pdf

[3] МОТ: *A handbook on HIV/AIDS for Labour and Factory Inspectors* (МОТ/СПИД, 2005), по адресу: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/gl-labourinspectorshandbook-feb05.pdf

подходе, который предполагает постановку целей, является руководство МОТ: *Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems (Руководство МОТ по системам управления охраной труда).*[4] Руководство, часто именуемое МОТ-СУОТ, было принято в 2001 году в рамках трехстороннего социального диалога, развернутого на международном уровне, и пользуется широкой поддержкой. В нем описываются основы системы, позволяющей интегрировать системы управления безопасностью и гигиеной труда на рабочем месте в более широкие политические и управленческие механизмы. Вместо отношения к охране труда как к «довеску» или как к мерам, предпринимаемым во избежание проблем с инспекторами, данная система является частью повседневной деятельности предприятия. По мере расширения применения руководства на добровольной основе роль инспекторов меняется от проведения тщательных инспекционных проверок на рабочих местах к анализу систем управления и их проверке путем инспектирования, в случае необходимости. Если системы управления находятся в надлежащем состоянии и эффективно функционируют, то состояние безопасности и гигиены труда на предприятии следует рассматривать как приемлемую норму. Это соответствует оптимальному подходу к решению проблемы ВИЧ/СПИДа. Основа для принятия действий на любом рабочем месте – это утверждение политики в отношении ВИЧ/СПИДа, и осведомленный инспектор может стимулировать социальных партнеров к принятию таких действий и советовать им, как их осуществить.

Общенациональные меры политики и стратегии

238. В целом, известно, что большинство стран[5] предприняло определенные действия, и явное их большинство в качестве первого шага утвердило общенациональную политику или стратегию развития, включающие ссылки на ВИЧ/СПИД, либо национальную политику или стратегию, которые конкретно посвящены ВИЧ/СПИДу. Однако существенные различия среди отдельных стран и регионов отмечаются в характере и сфере применения этой политики, что в весьма высокой степени соответствует масштабу распространения ВИЧ в соответствующих странах.

239. Африка. Все 48 стран этого региона, о которых имеется информация, утвердили общенациональную политику или стратегию. В отношении некоторых стран Бюро не смогло найти акты, отражающие их национальную политику, однако ее существование в этих странах представляется вероятным, так как в них были созданы национальные органы.[6] Кроме того, некоторые страны находятся в процессе принятия национальной политики, часто взамен устаревшей.[7]

240. Аналогичная ситуация складывается в Азиатско-Тихоокеанском регионе, где национальная политика действует в 22 из 26 стран, о которых имеется информация. Ее существование вероятно еще в трех странах, поскольку в них были созданы национальные органы,[8] а Шри-Ланка в данный момент находится в процессе принятия такой политики.

241. В Северной и Южной Америке все страны, как представляется, либо утвердили национальную политику (23 из 35 стран), либо находятся в процессе принятия такой

[4] МОТ: *Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems* (SafeWork, 2001), по адресу: www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000013.pdf

[5] Бюро безуспешно пыталось найти источники достоверной информации в отношении Брунея-Даруссалама, Ливийской Арабской Джамахирии, Омана и Объединенных Арабских Эмиратов.

[6] Гвинея, Гвинея-Биссау, Кот-д'Ивуар и Нигер.

[7] Зимбабве, Либерия, Маврикий, Намибия, Судан и Того.

[8] Республика Корея, Сингапур и Япония. В Вануату этими вопросами занимается министерство здравоохранения.

политики взамен устаревшей. Существование национальных органов в некоторых из этих стран предполагает, что такая политика существует, однако отражающих ее документов найти не удалось.[9]

242. Что касается Европы, то в разных частях континента складывается разная ситуация. Количество лиц, живущих с ВИЧ, в странах Восточной Европы и Центральной Азии растет быстрее, чем в большинстве других регионов; в период с 2001 по 2007 год их численность увеличилась на 150%.[10] Большие различия также отмечаются в уровнях экономического развития стран этого региона. Существование национальной политики было обнаружено лишь в 30 из 50 стран, однако все страны учредили национальный орган, либо закрепили ответственность за министерством здравоохранения, что предполагает наличие национальной политики.

243. Согласно имеющейся информации Ближний Восток и Северная Африка – регион с наименьшей долей стран, одобривших национальную политику. Известно, что лишь десять из 17 стран[11] приняли национальную политику в какой-либо форме. Это отражает в среднем низкую степень распространения ВИЧ-инфекции в регионе в настоящее время, хотя она и растет. Различные спонсоры ЮНЭЙДС только сейчас начинают работать в этом регионе. По данным ЮНЭЙДС[12] к концу 2006 года из стран Ближнего Востока и Северной Африки со средним уровнем доходов населения только Марокко одобрила цель обеспечения всеобщего доступа, в то время как Алжир, Египет, Йемен и Тунис подготовили проекты целевых программ всеобщего доступа, однако не утвердили их, а Сирийская Арабская Республика и Ирак не подготовили проекты целевых программ.

Национальные координационные органы

244. Здесь этот термин используется достаточно вольно, так как характер, сфера полномочия и деятельности таких органов значительно различаются в разных странах.[13] Бюро получило сведения о том, что все страны создали органы, ответственные в той или иной мере за борьбу с ВИЧ/СПИДом. Во многих странах были учреждены национальные органы по вопросам СПИДа, а там, где такие органы не были созданы, в роли ответственных органов выступают министерства здравоохранения или их отдельные департаменты (в определенных странах – департаменты по инфекционным заболеваниям); в некоторых странах участие принимают и министерства труда. Все страны Африки, о которых имеется информация, создали национальные органы, ответственные за ВИЧ/СПИД.[14] Такое же положение сложилось в Азиатско-Тихоокеанском регионе, где все 26 стран учредили национальные органы,[15] а в Северной и Южной

[9] Суринам принял Национальный стратегический план борьбы с ВИЧ, однако Бюро не смогло получить копию плана или любую достоверную информацию из Суринама.

[10] ЮНЭЙДС и ВОЗ: *AIDS epidemic update* (декабрь 2007).

[11] Алжир, Египет, Иордания, Иран, Йемен, Ливан, Марокко, Саудовская Аравия, Сирийская Арабская Республика и Тунис. По причинам языка или логистики не всегда было возможно получить всю имеющуюся информацию.

[12] ЮНЭЙДС: *Towards universal access to HIV prevention, treatment, care and support in the Middle East and North Africa* (Окт. 2006), по адресу http://data.unaids.org/pub/Presentation/2006/20061126_mena.pdf

[13] Также следует отметить, что в настоящее время ЮНЭЙДС и другие международные правительственные и неправительственные организации создают объединенные группы в рамках ООН, которые должны организовывать взаимодействие в каждой стране под руководством единого органа. Это может оказать воздействие на национальные координационные органы, созданные на государственном уровне.

[14] Сомали создала отдельные органы для Сомалиленда, Пунтленда и Южно-центрального Сомалиленда, а Габон в данный момент формирует орган для обеспечения контроля над СПИДом и ухода за сиротами, родители которых умерли от СПИДа.

[15] За возможным исключением Вануату: в отношении этой страны у Бюро неопределенная информация.

Америке, согласно имеющейся информации, такие органы действуют во всех 35 странах[16]. В Европе все 50 стран либо создали национальные органы, либо используют для этих целей министерства, в то время как, по имеющейся информации, на Ближнем Востоке и в Северной Африке 9 из 17 стран[17] учредили органы по борьбе со СПИДом.

245. Судя по всему, эти органы в своем большинстве созданы в форме национальных советов или национальных комитетов, которые наделены различными полномочиями по координации самых разных национальных действий по борьбе с ВИЧ/СПИДом. В целом, в их работе участвуют неправительственные представители, в том числе организации лиц, живущих с ВИЧ, а также различные министерства. Большинство из них созданы приказами министерств, хотя некоторые – в соответствии с законами, принятыми национальным парламентами. Многие обладают полномочиями по координации выполнения многолетних национальных планов или программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Принятие конкретных национальных мер

246. Помимо принятия общенациональной политики и учреждения национальных органов по вопросам СПИДа, о чем речь шла выше, в большинстве стран во всех регионах были приняты конкретные меры в отношении ВИЧ/СПИДа; эти меры различаются по своей форме – например, это законодательные и нормативные акты, положения или меры политики. В некоторых странах положения о ВИЧ/СПИДе были введены в структуру существующего законодательства – по вопросам здравоохранения (инфекционных/заразных болезней),[18] дискриминации или равных возможностей (в связи с дискриминацией по признаку «нетрудоспособности» и/или сексуальной ориентации);[19] либо в законодательство о занятости.[20] Можно упомянуть, что ограничение дискуссии по вопросам ВИЧ/СПИДа некоторыми из данных категорий может ограничить широту подхода, который необходим для поиска решений на многодисциплинарной основе.

247. Включение тематики ВИЧ/СПИДа в уже существующую структуру законодательства несет в себе то преимущество, что правила, применимые к другим областям согласно этим законам, будут применяться и к ВИЧ/СПИДу. Так, если в общем трудовом законодательстве рассматриваются вопросы ВИЧ/СПИДа, то правила, касающиеся гигиены и безопасности труда, процедур разрешения трудовых споров,[21] инспекции

---

[16] Помимо органов на федеральном, провинциальном и территориальном уровнях в Канаде был создан Национальный аборигенный совет по ВИЧ/СПИДу, а Парагвай находится в процессе формирования Национальной комиссии по СПИДу.

[17] Алжир, Египет, Иордания, Иран, Ливан, Марокко, Саудовская Аравия, Сирийская Арабская Республика и Тунис.

[18] Например, Приложение II: Болгария 1; Хорватия, Доминиканская Республика 3; Египет 1; Эстония 1; Финляндия 1; Франция 1; Исландия 1; Маршалловы Острова, Мексика 1, 2; Монтенегро, Швейцария, Тунис, Уругвай.

[19] Например, Приложение II: Австрия 2; Бельгия,; Босния и Герцеговина, Болгария 2; Бурунди 1; Кипр; Чешская Республика; Дания; Финляндия 2; Франция 2; Германия; Греция; Венгрия; Исландия 2; Ирландия; Израиль; Италия 2; Литва; Люксембург; Нидерланды; Португалия; Румыния 1; Сан-Марино; Словения 1, 2; Южная Африка (положения Конституции были истолкованы Конституционным судом для включения вопросов ВИЧ/СПИДа, в *деле Хоффмана против авиакомпании South African Airways* (2000); Испания; Турция; Соединенное Королевство.

[20] Например, Приложение II: Доминиканская Республика 1; Эстония 2; Латвия 2; Мальта 1, 2; Норвегия; Польша; Словакия; Словения 1, 3; Соломоновы Острова.

[21] В ряде стран процедуры разрешения трудовых споров предусмотрены в законодательстве по вопросам ВИЧ/СПИДа, например, в Мозамбике (раздел 12 Закона № 5 от 2002 г. «О ВИЧ/СПИДе и работниках»); в то время как в Кении (согласно части VII Закона о профилактике и предупреждении распространения ВИЧ и СПИДа от 2006 г.) создан Трибунал по вопросам ВИЧ/СПИДа.

труда и т.д., будут применяться и к ним. Некоторые страны, включившие вопросы ВИЧ/СПИДа в рамки существующего законодательства, дополнительно издали специальные правила, применимые к ВИЧ/СПИДу, например, в связи с инфекционными заболеваниями.[22] Наконец, многие страны приняли конкретные меры по регулированию проблем ВИЧ/СПИДа в дополнение к вышеуказанным положениям, либо в качестве единственных других мер. Бюро получило сведения о том, что в 73 странах принято или в данный момент принимается общее законодательство о ВИЧ/СПИДе, большинство положений которого применимо и к трудовой сфере, и что в 30 странах приняты или в данный момент принимаются правила, ясно регулирующие проблематику ВИЧ/СПИДа в сфере труда.

248. В Африке вопросы ВИЧ/СПИДа отражены в трудовом законодательстве в Малави, на Сейшельских Островах и в Уганде,[23] в то время как общее законодательство о ВИЧ/СПИДе принято в Бенине, Чаде, Джибути, Гвинее, Гвинее-Биссау, Кении, на Мадагаскаре, в Мали, Маврикии, Сенегале, Судане, Свазиленде и Того.[24] Буркина-Фасо и Бурунди включили положения о ВИЧ/СПИДе в общее трудовое законодательство и приняли общий закон о ВИЧ/СПИДе.[25] Лесото, Мозамбик, Южная Африка, Объединенная Республика Танзания, Замбия и Зимбабве включили положения о ВИЧ/СПИДе в свое трудовое законодательство и утвердили специальные правила, применимые к сфере труда.[26] Ангола, Ботсвана и Сьерра-Леоне приняли как общее законодательство по ВИЧ/СПИДу, так и правила, применимые к сфере труда.[27] В Нигере приняты правила, применимые к сфере труда, а Эфиопия, Намибия и Нигерия включили положения о ВИЧ/СПИДе в свое трудовое законодательство, приняли общее законодательство по вопросам ВИЧ/СПИДа и утвердили специальные правила, применимые к рабочим местам.[28] Камерун и Мавритания приняли законодательство, касающееся ВИЧ/СПИДа, однако еще не одобрили общего законодательства, регулирующего вопросы ВИЧ/СПИДа в сфере труда.[29]

249. В Азиатско-Тихоокеанском регионе вопросы ВИЧ/СПИДа рассматриваются в рамках законодательства о равных возможностях в Австралии и Новой Зеландии,[30] в то время как в Китае, Японии, Кирибати, Республике Корея и Сингапуре вопросы ВИЧ/СПИДа рассматриваются в рамках законов об инфекционных заболеваниях,[31] при этом некоторые страны приняли специальные правила, касающиеся ВИЧ/СПИДа.[32] Кроме того, в Китае[33] принято общее законодательство по вопросам ВИЧ/

[22] Например, Приложение II: Сингапур (часть IV Закона об инфекционных заболеваниях содержит положения о доврачебных и последующих консультациях, конфиденциальности и раскрытии результатов тестирования(; Китай 2, 3; Япония 2; Республика Корея 2.

[23] См. Приложение II: Малави 1; Сейшельские Острова; Уганда.

[24] См. Приложение II: Бенин 2; Чад; Джибути 1, 2; Гвинея 2; Гвинея-Бисау 2; Кения; Мадагаскар 2, 3; Мали; Маврикий; Сенегал; Судан; Свазиленд 1, 2; Того 2.

[25] См. Приложение II: Буркина-Фасо 1, 3; Бурунди 3, 4.

[26] См. Приложение II: Лесото 1, 2; Мозамбик 1, 2; Южная Африка 1, 2, 4, 5; Объединенная Республика Танзания 1, 2; Замбия 1, 2; Зимбабве 1, 3.

[27] См. Приложение II: Ангола 1, 2; Ботсвана 1, 2, 4; Сьерра-Леоне 1, 2, 3, 4.

[28] См. Приложение II: Нигер; Эфиопия 1, 2, 3; Намибия 1, 2, 3; Нигерия 1, 2, 3.

[29] В Камеруне на разных уровнях созданы технические и провинциальные группы и комитеты; принят ряд законов, регулирующих ART. См. также См. Приложение II: Мавритания 1, 2.

[30] См. Приложение II: Австралия; Новая Зеландия.

[31] См. Приложение II: Китай 1; Япония 1; Кирибати; Республика Корея 1; Сингапур.

[32] См. Приложение II: Китай 2; Япония 2; Республика Корея 2.

[33] См. Приложение II: Китай 2, 3.

СПИДа и правила, применимые к сфере труда – в провинции Гуандун. Афганистан, Бангладеш, Камбоджа, Монголия, Пакистан, Филиппины, Шри-Ланка и Вьетнам приняли общее законодательство о ВИЧ/СПИДе.[34] Индия, Малайзия и Непал[35] приняли общее законодательство и специальные правила, применимые к сфере труда, в то время как Индонезия, Лаосская Народно-Демократическая Республика и Таиланд приняли специальные правила, применимые к сфере труда.[36] В Фиджи[37] вопросы ВИЧ/СПИДа включены в рамки трудового законодательства и приняты специальные правила для рабочих мест, а Папуа-Новая Гвинея[38] включила вопросы ВИЧ/СПИДа в свое трудовое законодательство и приняла общий закон о ВИЧ/СПИДе, а также специальные правила, применимые к сфере труда.

250. В Северной и Южной Америке вопросы ВИЧ/СПИДа рассматриваются в рамках общего законодательства о равных возможностях в Канаде и Соединенных Штатах Америки,[39] в то время как в Аргентине, Боливии, Бразилии, Чили, Колумбии, Коста-Рике, на Кубе, в Доминиканской Республике, Эквадоре, Сальвадоре, Гватемале, Гайане, Гондурасе, Мексике, Никарагуа, Панаме, Перу и Боливарианской Республике Венесуэла принято общее законодательство о ВИЧ/СПИДе.[40] Среди стран Карибского бассейна Ямайка приняла правила в отношении рабочих мест, Белиз – общий закон о ВИЧ и правила в отношении рабочих мест, Барбадос включил вопросы ВИЧ в свое трудовое законодательство и принял правила в отношении рабочих мест, а Багамские Острова включили вопросы ВИЧ/СПИДа в свое трудовое законодательство.[41]

251. В Европе все государства-члены Европейского союза обязаны выполнять директивы ЕС в рамках своих национальных правовых систем. Что касается ВИЧ/СПИДа (ожидается принятие такой директивы в будущем), то лица, инфицированные ВИЧ или страдающие от СПИДа, пользуются защитой законодательства о недопущении дискриминации, в частности, Директивы о равенстве в области занятости, 2000/78/ЕС, которая запрещает дискриминацию по причине нетрудоспособности и предусматривает выплату пособий нетрудоспособным работникам. Большинство государств-членов ЕС включили эти положения в свое национальное законодательство или находятся в процессе их включения, и таким же образом поступили страны-кандидаты.[42] Кроме того, Австрия, Италия, Латвия, бывшая югославская Республика Македония, Республика Молдова, Румыния и Сербия и Черногория приняли общее законодательство о ВИЧ/СПИДе.[43] Босния и Герцеговина находятся в процессе разработки проекта законодательства. Вопросы ВИЧ/СПИДа также рассматриваются в рамках законов об инфекционных/заразных заболеваниях, что относится и к Израилю.[44] В дальневосточных/ази-

[34] См. Приложение II: Афганистан; Бангладеш; Камбоджа; Монголия 1; Пакистан; Филиппины; Шри-Ланка 1; Вьетнам 1, 2.

[35] См. Приложение II: Индия 2, 3; Малайзия 1, 2; Непал 1, 2.

[36] См. Приложение II: Индонезия 2, 3; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Таиланд.

[37] См. Приложение II: Фиджи 1, 2.

[38] См. Приложение II: Папуа-Новая Гвинея 1, 2, 3.

[39] См. Приложение II: Канада, Соединенные Штаты Америки.

[40] См. Приложение II: Аргентина 1, 2, 3; Боливия 1, 2; Бразилия 1, 2; Чили, Колумбия 1, 2; Коста-Рика, Куба, Доминиканская Республика 2; Эквадор 1; Сальвадор; Гватемала; Гайана; Гондурас 2, 3; Мексика 1; Никарагуа 1; Панама; Перу; Боливарианская Республика Венесуэла 2.

[41] См. Приложение II: Ямайка; Белиз 1, 2; Барбадос 1, 2; Багамские Острова.

[42] Бывшая югославская Республика Македония и Турция. Это же относится к Исландии и Норвегии, которые не являются членами ЕС.

[43] См. Приложение II: Австрия; 1; Италия 1; Латвия 1; бывшая югославская Республика Македония; Республика Молдова; Румыния 2; Монтенегро.

[44] См. Приложение II: Израиль 2.

атских странах общее законодательство по вопросам ВИЧ/СПИДа принято в Азербайджане, Беларуси, Казахстане, Кыргызстане, Российской Федерации, Таджикистане, Туркменистане, Украине и Узбекистане,[45] Армения и Грузия включили положения о ВИЧ/СПИДе в свое трудовое законодательство.[46]

252. В октябре 2002 года на Ближнем Востоке и в Северной Африке была создана организация ХАРПАС (Региональная программа по ВИЧ/СПИДу в арабских государствах);[47] в ее рамках реализуется многоотраслевой подход к созданию условий, благоприятствующих правам человека, формированию надлежащей практики административного управления и борьбе с ВИЧ/СПИДом как серьезным явлением с гендерными аспектами. Деятельность организации поддерживают религиозные лидеры, частный сектор, инициативная группа по пересмотру законодательства, представители искусств и средств массовой информации, Региональная арабская сеть против СПИДа (РАНАА), Кампания за расширение участия лиц, живущих со СПИДом (ГИПА), и руководство женского движения. В настоящее время анализ национального законодательства в интересах защиты прав лиц, живущих с ВИЧ, проводится в Египте, Ираке, Иордании, Кувейте, Ливане, Марокко, Сирийской Арабской Республике, Тунисе и Йемене.[48]

Включение принципов, содержащихся в Своде практических правил МОТ, в национальное законодательство

253. В достаточно большом количестве случаев принципы, содержащиеся в Своде практических правил, непосредственно включены в структуру национального законодательства, однако в других случаях они учтены менее явно. Некоторые примеры приводятся ниже.

254. *Вопросы ВИЧ/СПИДа на рабочем месте*. Принципы, содержащиеся в Своде практических правил, включены в большое количество национальных законов, политических документов и стратегий, хотя ввиду того, что это сделано в разных формах, трудно представить точные количественные данные. В настоящем докладе отмечены разные случаи, когда широкие социальные вопросы, порождаемые ВИЧ/СПИДом, пересекаются с вопросами, относящими к рабочим местам, и когда рабочие места рассматриваются как важная составляющая противодействия на национальном уровне. Явное большинство всех стран в Африке, Азиатско-Тихоокеанском регионе, Северной и Южной Америке и Европе признали ВИЧ/СПИД как проблему в сфере труда, приняв меры на национальном уровне. Только на Ближнем Востоке и в Северной Африке не обнаружено мер политики, которые конкретно касаются сферы труда.

255. *Недопущение дискриминации и стигматизации*. Запрещаются дискриминационные меры в области занятости в отношении лиц, живущих с ВИЧ, в вопросах трудоустройства, продвижения по службе, назначений и увольнений, включая сознательные упущения что касается предложения работы, продвижения по службе или назначения.[49] Некоторыми законами явно предусматривается, что лица, живущие с ВИЧ,

[45] См. Приложение II: Азербайджан; Беларусь 1; Казахстан 1; Кыргызстан 1; Российская Федерация; Таджикистан 1; Туркменистан; Украина; Узбекистан.

[46] См. Приложение II: Армения; Грузия.

[47] UNDP/HARPAS: *Saving lives, saving money–- The privates sector's response to HIV/AIDS in the Arab region (*May 2006) по адресу: http://www.harpas.org/reports/Saving%20Lives_Saving%20Money-UNDP-HARPAS.pdf

[48] Только на арабском языке: http://www.harpas.org/reports

[49] Например, Приложение II: Папуа-Новая Гвинея 1 (р. 7 а)).

пользуются возможностями наравне с неинфицированными работниками[50] в области трудоустройства и занятий, и что обращение с ними должно строиться на уважении их достоинства.[51] В Того[52] работодатели обязаны принимать меры к созданию такой рабочей атмосферы, в которой будет недопустимо неприятие или унижение ВИЧ-позитивных работников, а в Нигерии[53] работодатели должны обеспечивать правовую защиту лицам, живущим с ВИЧ, создавая предпочтительные или расширяя равные возможности для таких лиц.

256. Во многих странах предусматривается, что ВИЧ-статус не должен влиять на какие-либо трудовые или иные льготы, предоставляемые работникам.[54] В Намибии[55] частные и государственные механизмы финансирования здравоохранения обеспечивают выплату типовых пособий всем работникам, независимо от их ВИЧ-статуса; в распоряжении работников консультативные службы, которые информируют их об их правах и о пособиях, выплачиваемых из фондов медицинской помощи, страхования жизни, пенсионного и социального обеспечения. Кроме того, должны прилагаться усилия по защите прав и выдаче пособий иждивенцам умерших или ушедших на пенсию работников. В ряде стран предусматривается, что в случае если обследование на ВИЧ является необходимым, ВИЧ-инфекция рассматривается как любое другое угрожающее жизни заболевание,[56] а в Кении[57] введен запрет на обязательное тестирование как условие для обращения за услугами здравоохранения, страхования или любой другой услугой.

257. Во многих странах предусматривается, что лица, живущие с ВИЧ, имеют доступ к ссудам и кредитам наравне с неинфицированными лицами, в том числе к страхованию здоровья, жизни и к страхованию от несчастных случаев.[58] В Того[59] все лица, живущие с ВИЧ, имеют право на все виды страховых услуг, в частности, на страхование жизни, в страховой компании, которую они сами выбирают, и ни одно финансовое учреждение не может отказать в выдаче банковского кредита лицу по причине его или ее серологического статуса. На Филиппинах[60] компания не может отказаться выдать ссуду или кредит лицу на основании ВИЧ-статуса, если только это лицо не скрыло и не исказило данный факт при подаче заявления в страховую компанию. В Бангладеш[61] национальные власти должны сотрудничать с частными страховыми компаниями в целях разработки свода практических правил, обеспечивающих уважение достоинства и частной жизни каждого человека. В Индии[62] подготовлен проект закона, согласно

[50] Например, Приложение II: Мозамбик 1 (p. 7).

[51] Например, Приложение II: Того 2 (p. 25).

[52] Например, Приложение II: Того (p. 30).

[53] Например, Приложение II: Нигерия 3 (pp. 5 и 6 c)).

[54] Например, Приложение II: Зимбабве 4 (p. 7).

[55] См. Приложение II: Намибия (p. 6, 7).

[56] Например, Приложение II: Малайзия 1 (p. 7); Непал (цель 5.2.5.); Папуа-Новая Гвинея 1 (p. 8); Зимбабве 5.

[57] См. Приложение II: Кения 1 (p. 13 2)).

[58] Например, Приложение II: Бурунди 3; Камбоджа (p. 40); Джибути 2; Фиджи 3 (p. 10.2); Гвинея-Биссау 2 (p. 33); Мадагаскар 2 (p. 51); Мали; Нигерия 3 (p. 6 h)); Папуа-Новая Гвинея 1 (p. 8); Филиппины (p. 39); Сенегал (p. 28); Сьерра-Леоне 1 (p. 11); Того 2 (p. 33).

[59] См. Приложение II: Того 2 (p. 33).

[60] См. Приложение II: Филиппины (p. 39).

[61] См. Приложение II: Бангладеш.

[62] См. Приложение II: Индия 3 (p. 22).

которому через один год после вступления закона в силу соответствующие государственные органы создадут, оформят и внедрят схемы медицинского страхования и социального обеспечения. В Сьерра-Леоне[63] запрещается заставлять любое лицо проходить обследование или раскрывать информацию о своем статусе для единственной цели получения доступа к услугам кредитования или страхования, либо их продления. Даже предусматривается, что страховщики жизни и здоровья должны устанавливать разумный предел страхового покрытия, так называемый «лимит без тестирования», когда лицу не требуется раскрывать свой ВИЧ-статус. Если лицо запрашивает другой лимит, и проводится обследование, то страховщик может назначить дополнительную премию при наличии специальной процедуры обжалования, которая позволяет определить, что в данном случае является «разумным» пределом. В Папуа-Новой Гвинее[64] оценка риска не рассматривается как проявление дискриминации, если такая оценка риска основывается на достоверных актуарных или статистических данных.

258. Что касается права на лечение, в некоторых странах предусматривается, что лица, живущие с ВИЧ, имеют не только право на лечение,[65] но и право на пользование социальными и медицинскими услугами,[66] включая госпитализацию.[67] В Камбодже и Сенегале даже предусмотрено, что такие пациенты не должны платить больше других.[68] Кроме того, в некоторых странах введен однозначный запрет на отказ в лечении и уходе или на их прекращение,[69] медицинскому персоналу также запрещается отказываться принимать или лечить больных.[70] Наконец, в некоторых странах предусмотрено право отказаться от медицинского обследования и лечения во время курса лечения от СПИДа.[71]

259. Принятые меры, запрещающие дискриминацию и стигматизацию, ярко показывают, что лица, живущие с ВИЧ, повседневно сталкиваются с дискриминацией и стигматизацией: это касается, например, их права претендовать на государственные должности,[72] пользоваться равным доступом к товарам, услугам и государственным службам,[73] а также участвовать в партнерствах.[74] В Камбодже ясно предусмотрено, что лица, живущие с ВИЧ, обладают теми же правами, что гарантируются всем гражданам в соответствии с Конституцией страны,[75] а некоторые страны сочли необходимым декларировать право лиц, живущих с ВИЧ, на вступление в брак,[76] наследование имущества,[77] рождение детей у ВИЧ-позитивных женщин,[78] доступ к религиозным или

[63] См. Приложение II: Сьерра-Леоне (p. 27).

[64] См. Приложение II: Папуа-Новая Гвинея 1 (p. 8).

[65] См. Приложение II: Джибути (p. 14).

[66] См. Приложение II: Джибути (p. 14); Мали (p. 20).

[67] Например, Приложение II: Камбоджа (p. 41); Гвинея-Биссау 2 (p. 31); Филиппины (p. 40).

[68] См. Приложение II: Камбоджа (p. 41); Сенегал (p. 29).

[69] Например, Приложение II: Нигерия 3 (p. 6 a)); Вьетнам (p. 8 9)).

[70] См. Приложение II: Нигерия 3 (p. 6 b)); Того 3 (p. 37).

[71] Например, Приложение II: Вьетнам (p. 4 e)).

[72] Например, Приложение II: Камбоджа (p. 39); Джибути 2; Гвинея-Биссау (p. 32); Нигерия 3 (p. 6 g)); Сенегал (p. 27); Филиппины (p. 38).

[73] Например, Приложение II: Буркина-Фасо 1; Папуа-Новая Гвинея (p. 7 h)).

[74] Например, Приложение II: Папуа-Новая Гвинея (p. 7 b)).

[75] Например, Приложение II: Камбоджа (p. 42).

[76] Например, Приложение II: Китай 2 (p. 3); Джибути 2 (p. 7); Мадагаскар 2 (p. 29); Сьерра-Леоне 1 (p. 11).

[77] Например, Приложение II: Джибути: 2 (p. 7).

[78] Например, Приложение II: Мадагаскар 2 (p. 30); Сенегал (p. 15 3)).

молельным домам и службам и пользование ими,[79] а также право доступа к общественным местам, таким как парки и пляжи.[80] В некоторых странах обеспечивается право на пользование похоронными услугами,[81] право на жилье (включая съемное жилье и проживание в гостиницах и пансионатах),[82] право вступать в члены или сохранять членство в клубах, спортивных и других ассоциациях,[83] а также свобода проживания и передвижения.[84] Существуют положения даже о том, что способы проводимых наблюдений или обследований не должны быть дискриминационными в отношении лиц, живущих с ВИЧ.[85]

Вопросы, касающиеся проведения анализов и конфиденциальности в национальном законодательстве и практике

260. Широко признается значение осведомленности о собственном ВИЧ-статусе, и ряд государств-членов предприняли меры, поощряющие население к получению этих сведений. Так, в Эфиопии[86] принят ряд стратегий, направленных на децентрализованное оказание услуг по проведению обследований; около 50.000 местных граждан были обучены методам проведения анализов. В конце 2006 года Кения[87] приступила к реализации Инициативы быстрых результатов, в соответствии с которой перед всеми районами были поставлены целевые задачи в терапевтической области на 100 дней; результаты превзошли все ожидания, так как почти все районы смогли достичь своих целей. В Карибском бассейне Моделью карибской политики на рабочем месте[88] предусматривается добровольное тестирование и содействие в организации консультаций. В Китае[89] приняты положения о бесплатных консультациях и тестировании лиц, которые хотят узнать о своем статусе; в Японии[90] предусматривается, что центральные и местные органы власти активно поощряют анонимные обследования и консультации в государственных медицинских центрах.

261. Судя по всему, широко признается принцип добровольности тестирования – по крайней мере, в государственном законодательстве и политике – хотя, как показывают примеры ниже, это признание носит ограниченный характер. Поэтому данный

[79] Например, Приложение II: Нигерия (p. 6 e)).

[80] Например, Приложение II: Нигерия (p. 6 f)).

[81] Например, Приложение II: Филиппины (p. 41); Вьетнам (p. 8 10)).

[82] Например, Приложение II: Буркина-Фасо 1; Мали; Папуа-Новая Гвинея 1; Филиппины (p. 37); Сенегал (p. 26 2)).

[83] Например, Приложение II: Папуа-Новая Гвинея 1 (p: 7 c)).

[84] Например, Приложение II: Камбоджа (p 28), включая запрет на помещение в карантин и изоляцию); Буркина-Фасо 1; Джибути 2; Гвинея-Биссау 2 (p. 26 1)); Сьерра-Леоне 1 (p. 11); Филиппины(p. 37).

[85] Например, Приложение II: Фиджи 2 (s. 10.3)); Папуа-Новая Гвинея (p. 7 g)).

[86] ЮНЭЙДС: *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*, p. 14, по адресу http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf.

[87] Там же.

[88] Разработано Карибским трехсторонним советом, который был сформирован в сентябре 2005 г. и состоит из Карибского конгресса труда, Карибской конфедерации работодателей, правительств карибских государств, представленных секретариатом КАРИКОМ, МОТ и Карибской сети лиц, живущих с ВИЧ.

[89] См. Приложение II: Китай 2 (p. 44 3)).

[90] Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения: *Отдельные руководящие принципы профилактики ВИЧ и использования быстрых анализов: для принятия действий местными органами власти (*Отдел по предупреждению распространения конкретных заболеваний Бюро по здравоохранению, 2006), с. 7.

вопрос следует рассматривать в свете положений раздела, посвященного этой теме, в предыдущей главе. Несмотря на отсутствие информации обо всех странах, судя по имеющимся сведениям, страны приняли широкое законодательство по вопросам тестирования, конфиденциальности и связанным с ними вопросам.

262. *Добровольный характер проведения анализов и сознательное согласие*. Как предусмотрено в большом количестве законов, тестирование на ВИЧ может проводиться только при согласии лица после получения им необходимой информации; в большинстве стран запрещаются обязательные обследования для целей трудоустройства. В Африке правила о добровольном характере тестирования и согласии на основе информации установлены в 28 из 48 стран, о которых имеется информация.[91] Некоторые из этих правил характеризуются определенными оговорками. Так, в Ботсване[92] проект закона предусматривает согласие на основе молчания, которое, соответственно, не является явно выраженным (так называемое положение об «уклонении»); при этом в Бурунди[93] тестирование может проводиться только в случае ясной просьбы соответствующего лица. Согласно проекту закона в Гвинее-Биссау[94] просьба о проведении тестирования должна подаваться в письменном виде. В большинстве стран действуют конкретные правила о получении согласия со стороны несовершеннолетних детей и недееспособных взрослых; они касаются как получения согласия, так и раскрытия информации.

263. В странах Северной и Южной Америки также запрещено обязательное проведение анализов до принятия на работу; в 27 странах приняты правила по добровольному прохождению обследований и гарантиям конфиденциальности. [95] Кроме того, моделью карибской политики в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте предусматривается, что если требуется обязательное тестирование для въезда в страну или проживания на ее территории, то трудоустраивающий орган не только содействует проведению консультаций до и после обследования, но и предпринимает все разумные действия по поиску альтернативной работы, если работник не в состоянии выполнить это требование. В большинстве стран добровольный характер тестирования ставится под сомнение только в случае переливания крови или аналогичных процедур, когда добровольное решение отдать кровь, сперму или ткань само по себе рассматривается как согласие, данное на основе информации.

264. Аналогичная ситуация отмечается в Азиатско-Тихоокеанском регионе, где 18 из 25 стран запретили обязательное тестирование, в том числе для целей трудоустройства. В Европе этот вопрос теоретически регулируется законодательством о медицинских обследованиях работников, если только он не решается в явной форме, как, например, в Беларуси и Болгарии, [96] что касается стран Ближнего Востока и Северной Африки, Бюро установило наличие правил о добровольном прохождении анализов только в Египте. [97]

---

[91] Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Гана, Гвинея, Гвинея-Биссау, Джибути, Замбия, Зимбабве, Кения, Лесото, Маврикий, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Намибия, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Свазиленд, Сенегал, Сьерра-Леоне, Того, Уганда, Эфиопия и Южная Африка.

[92] См. Приложение II: Ботсвана 4.

[93] См. Приложение II: Бурунди 3 (p. 11).

[94] См. Приложение II: Гвинея-Биссау 2 (p. 17 1)).

[95] Антигуа и Барбуда, Багамские Острова, Барбадос, Белиз, Боливия, Венесуэла, Гаити, Гайана, Гватемала, Гондурас, Гренада, Доминика, Колумбия, Коста-Рика, Мексика, Никарагуа, Панама, Перу, Сальвадор, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсия, Суринам, Тринидад и Тобаго, Чили, Эквадор и Ямайка.

[96] См. Приложение II: Беларусь 2; Болгария 3.

[97] См. Приложение II: Египет 2, 3.

Исключения из правил запрета на обязательное проведение анализов

265. Несмотря на то, что в Своде практических правил не содержится исключений из запрета на обязательное тестирование, на национальном уровне было обнаружено определенное количество исключений. Наиболее часто исключения допускаются в отношении трудовых мигрантов – свыше 60 стран[98] требуют проведения обследований на ВИЧ для трудовых мигрантов, въезжающих на территорию страны. В большинстве этих стран тестирование требуется для каждого заявителя, намеревающегося въехать в страну на период сверх установленного срока, обычно от одного до 12 месяцев. В некоторых странах такие обследования требуются конкретно в отношении лиц, намеревающихся получить работу, а также тех, кто ходатайствует о праве проживания; в других странах такие обследования необходимы для получения любой визы.[99] Как бы они ни назывались, данные ограничения на самом деле принуждают таких лиц к обязательному тестированию в качестве условия получения ими работы. В ряде других стран, в частности в Латинской Америке и Карибском бассейне, принято законодательство, однозначно запрещающее такое тестирование для лиц, въезжающих на территорию страны, что можно объяснить тем фактом, что их граждане часто вынуждены проходить обязательные обследования, когда они пытаются выехать в другие страны в качестве трудовых мигрантов.

266. Еще одно исключение установлено в отношении лиц определенных занятий, таких как работники здравоохранения, где был обнаружен ряд положений. Так, в Джибути[100] законом предусматривается, что обязательные обследования могут применяться только в отношении работников здравоохранения (а также доноров крови, спермы или тканей) в их собственных интересах, либо ради обеспечения права на здоровье. Аналогичные положения существуют в Нигерии.[101] Чаще они встречаются в Латинской Америке. Некоторыми из этих положений предусматривается тестирование медицинского персонала после работы с вирусом.[102] В Индонезии[103] обследования назначаются только тем лицам, которые работают в условиях, когда они могут соприкасаться с вирусом, а в Соединенном Королевстве[104] обязательное тестирование

[98]. Например, Австралия, Алжир, Ангола, Бахрейн, Беларусь, Белиз, Болгария, Бруней, Венгрия, Греция (только для лица, прибывающих для работы в качестве легальных проституток), Доминика, Доминиканская Республика, Египет, Израиль, Индия, Иордания, Ирак, Йемен, Казахстан, Канада, Катар, Кипр, Китай, Колумбия, Коморские Острова, Куба, Кувейт, Ливан (для лиц, намеревающихся работать в качестве домашней прислуги), Литва, Маврикий, Малайзия, Маршалловы Острова, Монсеррат, Объединенные Арабские Эмираты, Оман, Палау, Парагвай, Республика Корея (для лиц, прибывающих для выступлений и аттракционов в туристических отелях и развлекательных заведениях), Республика Молдова, Россия, Самоа, Саудовская Аравия, Сейшельские Острова, Сент-Винсент, Сент-Китс и Невис, Сингапур, Сирийская Арабская Республика, Словакия, Соединенное Королевство, Соединенные Штаты Америки, Таджикистан, Тонга, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Фиджи, Центральноафриканская Республика, Эритрея (может требоваться при въезде), Южная Африка (для всех горняков, независимо от их должности).

[99] Информация взята с сайта: http://www.thebody.com/content/legal/art2244.html. Сообщается, что список предоставлен Государственным департаментом Соединенных Штатов Америки, и что он в последний раз обновлялся в 2006 г. На собственном сайте Государственного департамента США представлен аналогичный список, однако он был обновлен в марте 2003 г.

[100] См. Приложение II: Джибути (p. 9 4)).

[101] См. Приложение II: Нигерия 3(pp. 15-19).

[102] Аргентина, Боливия, Венесуэла, Гватемала, Гондурас, Доминика, Доминиканская Республика, Колумбия, Коста-Рика, Панама и Эквадор, применяющие теорию «всеобщих предосторожностей» в отношении лиц определенных профессий, которые предполагают непосредственные телесные контакты.

[103] См. Приложение II: Индонезия (Часть C, p. 2 c)).

[104] Департамент здравоохранения: *Санитарные разрешения в отношении туберкулеза, гепатита B, гепатита C и ВИЧ: новые работники здравоохранения* (16 марта 2007), приложение B, по адресу: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073132

предписывается медицинскому персоналу, выполняющему «интрузивные» врачебные действия. В Ботсване[105] если по какой-либо причине работодатель или государственный орган принимает решение о необходимости проведения тестирования на ВИЧ, что является добросовестным профессиональным требованием, таким как охрана общественного здоровья и безопасности, за разрешением необходимо обращаться в суд.

267. Были приняты положения об обязательном тестировании и в отношении определенных категорий персонала гражданской авиации, в частности пилотов. Международная организация гражданской авиации (ИКАО),[106] Объединенное управление гражданской авиации европейских стран (JAA),[107] Федеральная ассоциация гражданской авиации (ФАА) Соединенных Штатов Америки[108] и власти Вьетнама[109] требуют обязательного тестирования пилотов. Согласно правилам ИКАО ВИЧ-инфицированное лицо признается профессионально непригодным, если только полное обследование не дает показаний о клиническом течении болезни. Этими правилами также установлено, что оценка ВИЧ-позитивных заявителей требует особого внимания к их психическому здоровью и проводится в соответствии с классификационными правилами Центров предупреждения заболеваний США, согласно которым статус болезни и риск оппортунистических инфекций оцениваются на основе количества клеток CD4+. Такая же ситуация характерна для Соединенных Штатов Америки. Объединенное управление гражданской авиации европейских стран (JAA) рассматривает СПИД как непреодолимое препятствие для исполнения летных обязанностей ввиду высокой степени риска оппортунистических инфекций. Критериями диагностики СПИДа Объединенного управления являются положительный результат обследования на ВИЧ, наличие иммунодефицита и история оппортунистических инфекций. Во Вьетнаме послабления предусмотрены для уже нанятых пилотов, но не для лиц, претендующих на летные должности.

268. Существует ряд случаев, когда обязательное тестирование может проводиться «в соответствии с законодательством», однако законов или нормативных актов, предусматривающих такое тестирование для целей трудоустройства, не было обнаружено; либо когда такое тестирование назначается по решению судьи. Хотя эти положения не очень ясны, они могут касаться, главным образом, ситуаций, не связанных с работой (например, применяться к лицам, обвиняемым в изнасиловании или находящимся в подобных обстоятельствах), однако они формулируются достаточно туманно, что оставляет лазейки. Аналогичным образом, во многих странах обязательные обследования практикуются в вооруженных силах.

Конфиденциальность

269. Конфиденциальность относится к праву частного лица защищать свои личные сведения во время их хранения, передачи, использования и т.д., чтобы не допустить несанкционированного раскрытия информации третьим сторонам.[110] В большинстве

[105] См. Приложение II: Ботсвана (p. 7.5.6).

[106] ИКАО: *Manual of Civil Aviation Medicine* (2006), глава 12, по адресу www.icao.int/icaonet/dcs/8984/8984_chapter_12_en.pdf

[107] Объединенное управление гражданской авиации (JAA): *Manual of civil aviation medicine* (2006), по адресу http://www.jaat.eu/licensing/manual_civil_aviation_2006.html

[108] Свод федеральных требований, по адресу http://www.faa.gov/about/office_org/headquarters_offices/avs/offices/aam/ame/guide/dec_cons/disease_prot/hiv/

[109] Раздел 20 1) Закона о гражданской авиации (Декрет № 108 от 2007 г.).

[110] ЮНЭЙДС: *Guidelines on protection the confidentiality and security of HIV information (*2007), по адресу: http://data.unaids.org/pub/manual/2007/confidentiality_security_interim_guidelines_15may2007_en.pdf. См так же МОТ: *Свод практических правил о защите личной информации о работниках* (1997), по адресу http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/pdf/wc-code-97.pdf

стран Африки, Азиатско-Тихоокеанского региона, Северной и Южной Америки и Европы действуют правила, направленные на обеспечение конфиденциальности информации о ВИЧ-статусе. Так, в Индонезии[111] гарантии конфиденциальности охватывают все сведения, полученные в результате консультаций, обследований на ВИЧ, лечения, медицинского ухода и других сопутствующих действий. Однако вопрос о конфиденциальности данных фактически появляется, когда лицо принимает решение пройти обследование. К примеру, если тестирование проводится в передвижной лаборатории в сельских районах, когда вокруг автобуса устанавливается ширма, скрывающая посетителей, очевидно, что в таких условиях соблюсти конфиденциальность будет трудно. Чтобы обеспечить выполнение правил о конфиденциальности, во многих странах предусмотрено, что само тестирование должно проводиться анонимно (с помощью конкретной системы кодов), что позволяет не допустить идентификации личности. В других странах действуют положения, согласно которым обследования могут проводиться только уполномоченным персоналом и/или уполномоченными учреждениями. Так, в Ботсване[112] и Непале[113] предусматривается, что тестирование может быть организовано на рабочих местах, и если обследование действительно организуется на рабочих местах, его могут проводить только квалифицированные лица, аттестованные в соответствии с национальными и международными стандартами. На Мадагаскаре[114] могут использоваться передвижные лаборатории, а в Сьерра-Леоне[115] тестирование может проводиться только в уполномоченных центрах. В некоторых странах действуют положения, согласно которым персонал, вступающий в прямые контакты с обследуемыми, должен – помимо получения необходимых разрешений – также пройти обучение для оказания психологической помощи в форме консультаций до и после обследования.

270. В соответствии с положениями Свода практических правил во многих странах предусмотрено, что работники не обязаны раскрывать личную информацию, связанную с их ВИЧ-статусом; также отсутствует обязательство работников раскрывать такую информацию о своих коллегах. Теоретически информация о ВИЧ-статусе обычно хранится на рабочем месте только в случае проведения обязательного тестирования, которое применяется в отношении лиц определенных занятий. Некоторые страны поощряют работников сообщать сведения своему врачу, и в этом случае любая информация охраняется в рамках общей системы защиты личных данных о пациентах. Теоретически самому работнику не нужно передавать информацию работодателю до того момента, когда он или она не может больше справляться со своими обязанностями. В большинстве стран соблюдается конфиденциальность этой информации, и в данный момент времени это относится к большой группе людей.

271. Чтобы обеспечить соблюдение правил о конфиденциальности сведений, во многих странах предусмотрено наказание за любое нарушение конфиденциальности. Так, в Камбодже[116] любое нарушение конфиденциальности наказывается штрафом или лишением свободы, а любое повторное нарушение влечет за собой удвоение наказания; в Бенине[117] нарушение конфиденциальности рассматривается как правонарушение с отягощающими последствиями, если оно ведет к разводу, потере работы или имущества, либо к самоубийству.

---

[111] См. Приложение II: Индонезия 2 (p. 6).

[112] См. Приложение II: Ботсвана 4 (p. 7.5.4).

[113] См. Приложение II: Непал 3 (цель 5.3.9).

[114] См. Приложение II: Мадагаскар (p. 16).

[115] См. Приложение II: Сьерра-Леоне 1 (p. 13 1)).

[116] См. Приложение II: Камбоджа (pp. 31 и 51).

[117] См. Приложение II: Бенин 2 (p. 24).

Раскрытие результатов анализов на ВИЧ

272. В целом, запрещается сообщать результаты тестирования третьим сторонам. В ряде стран этот вопрос регулируется – результаты тестирования могут раскрываться только по решению суда и в соответствии с установленной процедурой (например, информация передается в запечатанном конверте, который может вскрыть только компетентное лицо). В ряде стран действуют правила передачи информации о ВИЧ-статусе супругу (супруге) и/или половому партнеру (партнерам).[118] В некоторых странах поощряется, чтобы информация передавалась самим ВИЧ-позитивным лицом,[119] в ряде стран передача информации поощряется медицинским персоналом в ходе консультаций после обследования.[120] В определенных странах информация должна сообщаться супругу (супруге) и/или половому партнеру (партнерам) в установленный срок.[121] В других странах действует правило, согласно которому ВИЧ-инфицированное лицо обязано сообщить об этом супругу (супруге) и/или партнеру (партнерам),[122] а в других странах в весьма конкретных обстоятельствах даже третьи стороны уполномочиваются раскрывать такую информацию супругу (супруге) и/или партнеру (партнерам) инфицированного лица.[123] В некоторых странах третьи стороны (зачастую медицинский персонал) обязаны сообщать результаты тестирования супругу (супруге) и/или партнеру (партнерам) обследованного лица, если инфицированное лицо не может или не хочет делать это.[124]

Законодательство и практика на региональном уровне

273. Свод практических правил МОТ – фундамент, поддерживаемый системой ООН, на котором основываются все ответные действия на рабочих местах; он часто используется в соответствующих международных процессах, в частности на региональном уровне. В некоторых случаях на Свод практических правил делаются прямые ссылки, а в других случаях его положения учитываются опосредованно, хотя при этом выполняется аналогичный круг рекомендаций. Ниже ориентировочно представлены те действия, которые предпринимаются на региональном и субрегиональном уровнях – их слишком много, чтобы их можно было перечислить в подробностях, а сам предмет вызывает такой интерес, что руководства, меры политики и стратегии принимаются почти ежедневно.

274. *Европа*. В рамках борьбы против ВИЧ/СПИДа Европейский союз определил эпидемию ВИЧ/СПИДа как серьезное явление, вызывающее озабоченность и требующее действий со стороны органов здравоохранения ЕС.[125] В феврале 2004 года министерская конференция в Дублине одобрила «Дублинскую декларацию о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии»,[126] где отмечается ухудшение

[118] В большинстве стран действуют специальные правила разглашения информации о ВИЧ-статусе в отношении несовершеннолетних детей и недееспособных взрослых.

[119] Например, в Коста-Рике, Колумбии, на Маврикии, в Сенегале и Уганде.

[120] Например, в Бангладеш, Венесуэле, Пакистане, Сенегале и Сингапуре.

[121] Например, в Бенине, Буркина-Фасо, Бурунди, Вьетнаме, Гвинее, Индии, на Мадагаскаре, в Малайзии, Сингапуре, Сьерра-Леоне, Того и на Филиппинах.

[122] Например, в Бенине, Буркине-Фасо, Бурунди, Вьетнаме, Гвинее, Гондурасе, Индии, на Мадагаскаре, в Малайзии, Республике Молдова, Сингапуре, Сьерра-Леоне, Того, на Филиппинах, в Эстонии.

[123] Например, в Индии, Пакистане, Сингапуре, Того и Экваториальной Гвинее.

[124] Например, в Бурунди, Гватемале, Гвинее, Гвинее-Биссау, Кении, на Мадагаскаре, в Мали, Сальвадоре.

[125] См.: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/comdiseases_project_en.htm

[126] По адресу www.eu2004.ie/templates/document_file.asp?id=7000

ситуации; с тех пор был предпринят ряд инициатив. Министры здравоохранения стран Европейского союза и 16 стран, не входящих в ЕС, одобрили «Бременскую декларацию об ответственности и партнерстве – вместе против ВИЧ/СПИДа». Она была принята на конференции, организованной правительством Германии 11-12 марта 2007 года для обсуждения влияния СПИДа в Европе и стратегических ответных действий.[127] Критически важными вопросами для Европы, особенно в сфере труда, являются недопущение дискриминации и защита прав, конфиденциальность и реинтеграция ВИЧ-позитивных работников на рынке труда с помощью антиретровирусного лечения. В Декларации, принятой на конференции, признается роль рабочих мест и вклад Свода практических правил МОТ в борьбу против СПИДа в Европе. В ней содержится призыв к правительствам, работодателям и работникам обеспечить проведение свободной от дискриминации политики в отношении лиц, живущих с ВИЧ, а также уход и поддержку больным.

275. *Азиатско-Тихоокеанский регион*. Среди многочисленных инициатив, развернутых в регионе, Тихоокеанское сообщество в 2005 году утвердило Тихоокеанскую региональную стратегию в отношении ВИЧ/СПИДа на 2004-08 годы. [128] Азиатско-Тихоокеанский форум экономического сотрудничества (АТЭС) одобрил Руководящие экономические принципы для стран-членов АТЭС, направленные на формирование благоприятных условий, позволяющих работодателям осуществлять эффективные практические действия на рабочих местах в интересах лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, и организовывать профилактику на рабочих местах. Эти принципы были одобрены министрами здравоохранения стран АТЭС в Сиднее в июне 2007 года. Третье азиатско-тихоокеанское министерское совещание по вопросам ВИЧ/СПИДа в июле 2007 года согласовало дальнейшие подходы к борьбе с ВИЧ. [129] Значительные шаги были предприняты странами-участницами АСЕАН, которые направлены на включение вопросов, касающихся сферы труда, в их программы действий против СПИДа. Одним из примеров являются «Обязательства АСЕАН в отношении ВИЧ и СПИДа», которые были одобрены в Себу (Филиппины) в январе 2007 года. Они включают обязательство «ввести в действие необходимое законодательство и нормативные акты (включая меры политики и программы на рабочих местах), которые обеспечат лицам, живущим с ВИЧ, и группам людей, страдающим от этого заболевания, защиту от стигматизации и дискриминации, а также равный доступ к услугам здравоохранения, социального обеспечения и образования …» Стратегические основы Третьей рабочей программы АСЕАН в отношении ВИЧ и СПИДа на 2006-10 годы содержат значительный раздел, посвященный вопросам ВИЧ и сферы труда.

276. *Карибский бассейн*. В Карибском регионе предпринимаются чрезвычайно активные действия по сдерживанию ВИЧ/СПИДа. Доклад, подготовленный для специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2006 году, содержит обзор действий на региональном уровне. [130] Карибское сообщество (КАРИКОМ), с которым тесно взаимодействует субрегиональное бюро МОТ, одобрило направления политики и действия, которые служат прекрасным примером для других регионов. Помимо Модели карибской политики на рабочем месте, принятой Карибским трехсторонним советом и Панкарибским партнерством против ВИЧ/СПИДа (ПАНКАП), 15-я межамериканская конференция министров труда Организации американских государств 13 сентября

[127] По адресу http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/070Bremen.pdf

[128] По адресу http://www.spc.int/hiv/images/stories/regionalstrategy%20-red.pdf.

[129] См. http://www.apecsec.org.sg/

[130] Организация американских государств, *Declaration of Port-of-Spain making decent work central to social and economic development*; принята 15-й Межамериканской конференцией министров труда, 11-13 сентября 2007 г., Порт-оф-Спейн, Тринидад и Тобаго (док. OEA/Ser.K/XII.15.1: http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/TRABAJO/15cimt/post_reunion/DEC1%20ING%20(Declaracion).doc

2007 года приняла «Порт-оф-Спейновскую декларацию», в которой говорится: «Мы привержены делу содействия разработке и реализации мер политики, которые помогут снизить уровень дискриминации на рабочем месте в отношении работников с ВИЧ/СПИДом. Более того, мы поддерживаем меры политики, которые сокращают масштаб распространения ВИЧ/СПИДа и хронических неинфекционных заболеваний». Министры также одобрили План действий на 2007 год, реализация которого поручена двум комитетам – один из них отвечает за обмен информацией о мерах политики и действиях, нацеленных на содействие достойному труду в американских государствах.[131]

277. *Африка.* Африканский союз (АС) играет ведущую роль в мобилизации политической и финансовой поддержки для борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией и другими заболеваниями на континенте. В апреле 2001 года тогда еще Организация африканского единства (ОАЕ) созвала Специальную встречу на высшем уровне по вопросам ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и других инфекционных заболеваний; в июле 2003 года АС посвятил специальное заседание на сессии своей Ассамблеи рассмотрению этого вопроса. На нем ВИЧ/СПИД был включен в качестве всеобщего вопроса в программу Нового партнерства в целях развития в Африке (НЕПАД). В результате проведения заседания были учреждены такие инициативы, как AIDS Watch Africa (AWA), и сформирована Комиссия по ВИЧ/СПИДу и управлению в Африке (CHGA). В мае 2006 года Специальная встреча на высшем уровне Африканского Союза по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии рассмотрела ход выполнения ранее принятых деклараций и рамочных планов действий, подтвердив обязательство обеспечить всеобщий доступ к услугам по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа.

278. *Действия в отношении ВИЧ/СПИДа на субрегиональном уровне.* В декабре 2000 года Экономическое сообщество государств Западной Африки (ЭКОВАС) приняло стратегию по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа в Западной Африке, в котором, помимо прочего, указывалось, что государствам-членам следует разработать и принять приемлемые в культурном отношении меры политики по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и привлечь местные сообщества к разработке таких стратегий. В 2005 году МОТ и ЭКОВАС подписали Меморандум о взаимопонимании в целях укрепления сотрудничества. В нем предусмотрено проведение консультаций в интересах планирования и осуществления программ по содействию достойному труду в связи с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах. Ответные действия Сообщества по вопросам развития стран юга Африки (САДК) были усилены после принятия Пятилетнего плана борьбы с ВИЧ и СПИДом (2004-08 гг.).

Действия делового сообщества

279. У компаний имеются веские аргументы делового характера противодействовать эпидемии. Увеличение затрат, снижение производительности и общие угрозы основам экономики, в рамках которой они действуют, грозят отразиться на конечных результатах компаний. Рабочая сила подвергается все большей опасности, так как эпидемия непропорционально затрагивает население самого продуктивного возраста.

280. В заявлении Международной организации работодателей (МОР), размещенном на ее веб-сайте, говорится:

> «Бизнес играет ведущую роль в борьбе с пандемией ВИЧ/СПИДа, и эта роль признается все шире. Так как эта смертельная болезнь чаще всего подстерегает лиц трудоспособного возраста, ВИЧ/СПИД является ключевой проблемой на рабочем месте. Поэтому глобальные партнерства являются важной частью ответных действий. В этой связи МОР установила тесные рабочие отношения с ЮНЭЙДС и Глобальным фондом по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. Исполнительный директор Глобального

[131] См.: http://www.businessfightsaids.org/site/pp.asp?c=gwKXJfNVJtF&b=1008711

фонда Ричард Фичем выступил перед Группой работодателей в ходе Международной конференции труда в июне 2004 года; он рассказал о возможностях сотрудничества между федерациями и Фондом на национальном уровне. МОР также приняла участие в первом партнерском форуме Фонда, организованном в Бангкоке в 2004 году. Одной из задач МОР является содействие передачи информации и опыта организациям работодателей в социально-трудовой сфере. Мы советуем членам, как им следует подходить к этому важному вопросу, и как они могут решать его в предупредительном плане».

281. Основанная в 2001 году Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (GBC) [132] объединяет свыше 200 международных компаний, настроенных на борьбу с эпидемией СПИДа с помощью уникальных навыков и опыта бизнес-сектора. Начиная с 2005 года Коалиция является официальным организатором делегации частного сектора в Глобальном фонде по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФАТМ); она делится со своими членами опытом и знаниями, а также оказывает им услуги для целей борьбы с малярией, туберкулезом и ВИЧ/СПИДом. В рамках Глобальной инициативы в области здравоохранения Всемирного экономического форума (ВЭФ) подготовлены инструменты и руководства, помогающие предприятиям бизнеса противостоять ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии на рабочих местах и среди местного населения; на ее веб-сайте можно найти множество примеров действий бизнес-сообщества.

282. Бизнес-коалиции также созданы на региональном и национальном уровнях, некоторые из них – с помощью МОТ или ее трехсторонних участников. Так, в Шри-Ланке, где уже была принята Национальная трехсторонняя декларация о ВИЧ/СПИДе, отдельные компании наладили партнерские отношения с Национальной программой по предупреждению распространения ЗППП/СПИДа, с также с МОТ, Федерацией работодателей и Торговой палатой, создав Шриланкийскую бизнес-коалицию против ВИЧ/СПИДа. О начале ее деятельности было заявлено на Международной конференции по СПИДу в Азиатско-Тихоокеанском регионе, которая состоялась в Шри-Ланке в августе 2007 года. В деятельности ассоциации принимают участие в качестве членов и профсоюзы; она руководствуется в своей работе Сводом практических правил МОТ.

283. Бизнес-сообщество осуществляет ряд действий и на национальном уровне. Хотя эта роль не является традиционной для предприятий, многие из них перед угрозой ВИЧ/СПИДа стали оказывать услуги, характерные для государственных систем здравоохранения. Предприятия бизнеса объясняют свое участие, ссылаясь на самые разные факторы – от снижения затрат до проявления корпоративной социальной ответственности.

284. Ведущую роль в предоставлении лечения на рабочих местах взяли на себя многонациональные предприятия, и их программы в полной мере отражены в документах, особенно в документах Глобальной бизнес-коалиции и ВЭФ (см. выше). Многие алмазодобывающие и золоторудные шахты, а также автомобилестроительные компании на юге Африки предоставляют лечение на рабочем месте с помощью служб охраны труда и других механизмов с участием частных и государственных служб здравоохранения. Такие компании, как «Англо-американ», «ДаймлерКрайслер», «БМВ», «Фольксваген»[133] и «Кока-кола» снабжают ВИЧ-инфицированных работников антиретровирусными (АРЛ) препаратами. В рамках Проекта по борьбе с ВИЧ/ СПИДом в Дебсване (Ботсвана) АРЛ-препараты распространяются среди работников и их супругов.[134] В Малави в конце 2005 года 12 клиник, находящихся в собственности частных

[132] R. Stewar, A. Padarath and L. Bamford: *Providing antiretroviral treatment in Southern Africa – A literature review* (Durban, Health Systems Trust, 2004), по адресу www.hst.org.za/uploads/files/providingart.pdf

[133] Там же.

[134] Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии: *The private sector and the Global Fund: 2006 Year in review* (2007), по адресу www.businessfightsaids.org/document/media/publication/2006%20PSD%20Year%20In%20Review.pdf

компаний, выдавали АРЛ-препараты своим сотрудникам и местным жителям.[135] Судя по всему, компании все больше стремятся распространять АРЛ-препараты среди своих работников в наиболее пострадавших районах. В тех регионах Африки, где широко распространена ВИЧ-инфекция, свыше 70 обследованных компаний полностью дотируют лечение сотрудников от ВИЧ-инфекции. [136]

285. На некоторых малых и средних предприятиях в странах, где широко распространена инфекция, работодатели также противодействуют ей, создавая общие службы гигиены и безопасности труда, либо согласованно направляя пациентов в государственные больницы или практикующим терапевтам, работающим рядом с предприятиями. Ряд предприятий в Индии, Южной Африке и Бразилии создали производственные службы охраны здоровья и в результате расширили доступ работников к АРЛ-препаратам. Большое значение имеет приближение лечения к рабочим местам, так как это дает возможность адаптировать лечение к нуждам работников в их рабочей среде. Кроме того, может быть усилена поддержка, обеспечивающая следование врачебным предписаниям.

286. Несколько крупных предприятий в Индии – как государственных, так и частных – взяли на себя ведущую роль по обеспечению АРЛ-лечения для своих работников. В рамках своей политики на рабочих местах они обязались распространять АРЛ-препараты среди работников за свой счет. В качестве примеров можно назвать такие компании, как Gujarat Ambuja Cement Ltd и SRF Group India Ltd. Компании государственного сектора включают Brihnamumbai Electric Supply and Transport (BEST) в Мумбае. Среди других примеров можно назвать полицейское управление Мумбая и компанию Central Coal Field Ltd в Ранчи.

287. АРЛ-препараты также выдаются в рамках крупнейшей системы социального обеспечения в Индии – «Государственной системы страхования работников» под эгидой Министерства труда и занятости. Этой системой охвачены фабрики, на которых работает более десяти человек, и которые используют электроэнергию.[137] Государственная АРЛ-программа также охватывает подрядных работников, занятых на предприятиях, и работников, занятых в неформальной экономике.

Роль трехсторонних участников МОТ

288. МОТ содействует претворению в жизнь Свода практических правил и поддерживает действия на рабочих местах с помощью и посредством своих трехсторонних участников. Они способны объединить действия против ВИЧ/СПИДа в рамках прочно утвердившихся сетей, структур и программ, расширить участие предприятий частного сектора, а также государственного сектора, помогая обеспечивать всеобщий доступ к лечению на рабочем месте. МОТ призывает работодателей и работников принимать участие в национальных программах по борьбе с ВИЧ/СПИДом и укрепляет их возможности действовать соответствующим образом.

289. Социальный диалог среди организаций работников и работодателей, а также правительств, абсолютно необходим для осуществления эффективных программ на рабочем месте. Социальный диалог основывается на взаимоотношениях, консультациях и сотрудничестве и ведет к формированию чувства авторства в отношении мер

---

[135] Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии: *The state of business and HIV/AIDS (2006) A baseline report*, по адресу www.businessfightsaids.org/document/media/publication/The%20State%20of%20Business%20and%20HIVAIDSFINAL.pdf

[136] См. также Mumbai District AIDS Control Society: *HIV/AIDS workplace policy* (BEST Undertaking, 2005).

[137] МОР и МКСП, *Fighting HIV/AIDS Together: A Programme for future engagement* (12 мая 2003), по адресу www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/ioeicftudecl.pdf

политики и планов. Один из ключевых принципов Свода практических правил гласит: «Успешное проведение политики и осуществление программ по ВИЧ/СПИДу требуют совместных действий и доверия между работодателями, работниками, их представителями и, в необходимых случаях, правительствами, при активном вовлечении в этот процесс работников, инфицированных ВИЧ и пострадавших от ВИЧ/СПИДа».

290. Важно помнить, что правительство также является работодателем. В Южной Африке Департамент государственной службы и администрации подготовил руководство для государственных департаментов «О решении вопросов ВИЧ/СПИДа на рабочем месте» (2002 г.). В Нигерии действенным ответом государственного сектора стала программа ухода и поддержки лиц, страдающих от СПИДа, Федерального министерства труда. Программа информирует всех сотрудников о ВИЧ/СПИДе; требование «узнай свой статус» рассматривается в качестве важного шага к охране личного здоровья и созданию безопасных и здоровых условий на работе. В рамках программы работникам предлагается бесплатное АРЛ-лечение и тестирование в течение трех месяцев. Их проводит врач-специалист в области гигиены труда, который приходит к сотрудникам на работу; при этом полностью гарантируется конфиденциальность. Министерство также использует концепцию разумной адаптации – корректировку трудовых заданий, продолжительности рабочего времени или места работы – чтобы помочь ВИЧ-позитивным работникам справляться со своей работой. Программа реализуется вместе с Программой Федерального правительства по профилактике передачи инфекции от матери к ребенку. Благодаря вниманию и поддержке работники стремятся получить информацию о состоянии своего здоровья и добровольно участвуют в консультациях и обследованиях; это вносит свой вклад в сокращение масштаба стигматизации и дискриминации.

Совместные заявления и меры политики

291. На международном уровне осуществляется ряд совместных инициатив с участием организаций работников и работодателей. В 2003 году Международная конфедерация свободных профсоюзов (МКСП) (ныне МКП) и Международная организация работодателей (МОР) одобрили документ под названием Совместная борьба с ВИЧ/СПИДом: программа действий на будущее.[138] В этом документе обе организации «признают прямое воздействие пандемии ВИЧ/СПИДа на сферу труда», заявляют об общей заинтересованности в сотрудничестве для решения этого вопроса на национальном, международном уровнях и на уровне рабочих мест, включая разработку совместных программ действий. Обе организации обязались продолжить совместную работу в этой области. Результатом стал ряд совместных инициатив с участием организаций работников и работодателей на национальном и региональном уровнях.

292. В декабре 2003 года Десятое Африканское региональное совещание МОТ одобрила «Резолюцию о роли социального диалога в решении вопросов ВИЧ/СПИДа в сфере труда». Ее проект был совместно предложен делегатами от работодателей и работников. На следующий год МОР и МКСП организовали встречу, предваряющую реализацию совместных планов действий в восьми африканских странах.

293. На международном и национальном уровнях были приняты несколько программных заявлений и мер политики на основе трехстороннего консенсуса, либо организациями работодателей и работников – самостоятельно или совместно. Среди региональных инициатив социальных партнеров недавнего времени – совместное совещание МКП-АФРО/МОР по вопросам наращивания потенциальных возможностей организаций работодателей и работников в борьбе с ВИЧ/СПИДом (Кампала, декабрь

[138] См. Приложение II: Бенин 1; Ботсвана 4; Буркина-Фасо 5; Бурунди 5; Камерун 1; Демократическая Республика Конго 2; Кот-д'Ивуар; Гана; Гвинея 1; Гвинея-Бисау 1; Мадагаскар 1; Малави 2; Свазиленд 3; Объединенная Республика Танзания 3; Того 1; Зимбабве 2, 3.

2006 г.). Встреча была организована Национальной организацией профсоюзов Уганды (НОТУ) и Федерацией работодателей Уганды (ФУЕ) при поддержке МОТ. Организации работодателей и работников руководствуются Сводом практических правил для создания партнерств на всех уровнях: примером может служить Гана, где Конгресс тред-юнионов (ГТЮК) осуществляет проект по ВИЧ/СПИДу во взаимодействии с Ассоциацией работодателей (ГЕА). Сотрудничая с Канадским конгрессом труда, АПРО – региональная организация МКП в Азии – провела опрос среди своих членских организаций о действиях профсоюзов в отношении ВИЧ/СПИДа и затем созвала конференцию для согласования региональной стратегии. Ею предусматривается лоббирование правительств для принятия Свода практических правил в качестве составной части государственной политики в сфере здравоохранения.

294. Трехсторонние заявления чаще всего принимаются в Африке, где, по имеющейся информации, они были приняты в 16 странах, [139] и где в 11 странах утверждена политика работодателей[140] и в семи странах – политика работников.[141] Их меньше в Северной и Южной Америке, где трехсторонние программные заявления были одобрены в двух странах, [142] политика работодателей – в шести странах[143] и политика работников – в четырех странах. [144] С другой стороны, в Азиатско-Тихоокеанском регионе трехсторонние программные заявления были приняты в шести странах, [145] политика работодателей – в семи странах[146] и политика работников – в четырех странах. [147] В Европе имеется информация о трех трехсторонних декларациях,[148] а на Ближнем Востоке и в Северной Африке в 2003 году была одобрена трехсторонняя Алжирская платформа действий в отношении ВИЧ/СПИДа в сфере труда в регионе Ближнего Востока и Северной Африки.[149]

295. Мер политики на рабочем месте, согласованных работодателями и работниками, слишком много, чтобы их можно было перечислить в данном документе, однако растущее количество общеотраслевых соглашений создают полезную модель. Так, в Индии Национальная федерация работников железных дорог Индии и Всеиндийская федерация работников железных дорог, которые представляют 70% всех занятых в железнодорожном транспорте, обсуждают с Советом железных дорог Индии вопрос о включении ВИЧ/СПИДа в программу обучения машинистов и охранников, когда они проходят вводные курсы обучения и участвуют в очередных программах повышения квалификации. ММАЗ (Международная морская ассоциация здравоохранения) и МФРТ выступили с совместным заявлением на Международном конгрессе по СПИДу в Азиатско-Тихоокеанском регионе (Шри-Ланка, 19-23 августа 2007 г.), указав на то, что ВИЧ не может служить основанием для дискриминации в отношении моряков.

---

[139] Ботсвана, Гана, Демократическая Республика Конго, Замбия, Камерун, Лесото, Либерия, Мавритания, Нигерия, Уганда, Эфиопия.

[140] Ботсвана, Кения, Намибия, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Свазиленд, Эфиопия.

[141] См. Приложение II: Белиз 2; Гондурас 1.

[142] Барбадос, Гайана, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Китс и Невис, Тринидад и Тобаго и Ямайка.

[143] Барбадос, Доминиканская Республика, Гайана и Ямайка.

[144] См. Приложение II: Китай 3; Индия 1, 2; Индонезия 1; Монголия 2; Непал 2, 3; Шри-Ланка 2.

[145] Индия, Камбоджа, Непал, Пакистан, Папуа-Новая Гвинея, Сингапур и Шри-Ланка.

[146] Индия, Камбоджа, Непал и Филиппины.

[147] См. Приложение II: Казахстан 2; Российская Федерация 2, 3; Таджикистан 2.

[148] По адресу http://www.ilo.org/public/french/region/afpro/algiers/download/region_annexe2.pdf

[149] См. также Конфедерация работодателей Барбадоса, *Dealing with AIDS in the workplace: Guidelines for managers and supervisors* (11 августа 2007), по адресу http://www.kintera.org/atf/cf/{4AF0E874-E9A0-4D86-BA28-96C3BC31180A}/Barbados%20Employers'%20Confederation%20Guidelines.doc

Эти организации ясно заявили, что, будучи проблемой в сфере труда, ВИЧ-инфекция должна подлежать лечению как любое другое серьезное заболевание на борту судна; ВИЧ-инфекция не угрожает общественному здоровью в сфере судоходства; она не может служить основанием для дискриминации; тестирование на вирус должно быть добровольным.

296. Международная федерация профсоюзов работников химической и горнодобывающей промышленности, энергетики и других отраслей (ICEM) и Международная Федерация работников строительной и деревообрабатывающей промышленности (BWI) заключили рамочные соглашения с многонациональными организациями работодателей, такими как «Импреджило», «Лафарж», «Вайдекке», «Лукойл» и «Статойл». Международная федерация работников строительной и деревообрабатывающей промышленности добилась включения в типовое рамочное соглашение следующего текста: «Подготовить просветительско-профилактическую программу по ВИЧ/СПИДу в соответствии со Сводом практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда»». Эта федерация достигла договоренности с Всемирным банком и Международной финансовой корпорацией об обязательном включении программ по профилактике ВИЧ во все строительные проекты, финансируемые Всемирным банком.

Инициативы и действия организаций работодателей

297. Организациям работодателей принадлежит особая роль в поощрении и поддержке менее крупных национальных компаний, располагающих меньшим объемом ресурсов. Эти организации ориентируют и защищают своих членов, консультируют их и оказывают им практическую поддержку. Они способствуют объединению ресурсов и налаживанию партнерских отношений между крупными и мелкими компаниями. Их деятельность поддерживается глобальной структурой, Международной организацией работодателей, которая активно работает, чтобы заручиться поддержкой своих 143 национальных членских организаций в 137 странах мира. Можно привести следующие примеры:

- Конфедерация работодателей Барбадоса оказала помощь Министерству труда в подготовке проекта национального свода правил для рабочих мест. Она распространяет примеры передовой практики среди своих членов, организует учебу и направляет инструктивные материалы, такие как пособие для контролеров и менеджеров под названием *Дискриминация по причине ВИЧ-СПИДа на рабочем месте – ее не должно быть»*.[150]
- Конфедерация торговли, промышленности и рабочей силы Ботсваны создала Бизнес-коалицию против ВИЧ/СПИДа и направила своих представителей в ее правление. На совместной основе эти организации выступают спонсорами национального конкурса – «Красная лента бизнес-качества за борьбу с ВИЧ/СПИДом».
- В 1996 году Национальная конфедерация промышленности Бразилии учредила социальную программу, СЕСИ, направленную на организацию учебы по проблеме ВИЧ и раздачу презервативов. К настоящему времени в рамках программы подготовлено инструкторов для 5.000 предприятий. В целом, она охватила 1,6 млн. работников.
- Камбоджийская федерация работодателей и бизнес-ассоциаций объединила 12 компаний, включая две крупнейшие компании страны – в швейной и пивоваренной промышленности – для организации просветительских программ для молодых работниц.

[150] Глобальные профсоюзы состоят из МКП, десяти отраслевых международных профсоюзных федераций и Консультативного профсоюзного комитета при ОЭСР.

- Межпатрональная группа Камеруна оказывает помощь в реализации положений Национального стратегического плана по борьбе с ВИЧ/СПИДом, касающихся рабочих мест. Она консультирует организации работодателей всего субрегиона, а также национальные предприятия бизнеса. В последнее время эта группа организовала программу по передаче знаний и ресурсов малым предприятиям.
- В 1994 году Федерация работодателей Кении выпустила свое первое руководство по вопросам ВИЧ/СПИДа на рабочих местах, а в 1999 году правительство признало ее как координатора действий против ВИЧ/СПИДа на рабочих местах.
- Конфедерация работодателей Таиланда уделяет первоочередное внимание оказанию помощи своим членам в разработке свободной от дискриминации политики в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, а также консультациям по вопросам организации учебы в области профилактики, гигиены и безопасности труда.
- Федерация работодателей Уганды одной из первых разработала программу в отношении ВИЧ/СПИДа. Она подготовила ряд материалов, в том числе фильм «Это не просто», и обучила свыше 10.000 лекторов, около 1.000 инструкторов и более 300 должностных лиц высокого уровня.

Акции и действия организаций работников

298. Профсоюзам – с их массовым членством, лидерством и борьбой за социальную справедливость – принадлежит жизненно важная роль. Они представляют интересы, защищают права и укрепляют возможности работников. Только одна Международная конфедерация профсоюзов (МКП) объединяет 304 национальных профсоюзных центра, а общая численность членов Глобальных профсоюзов[151] превышает 200 млн. человек. Организации приняли резолюции[152] по ВИЧ/СПИДу, развернули собственную деятельность и совместными усилиями сформировали Глобальную профсоюзную программу по СПИДу.[153]

299. Профсоюзы решают вопросы, связанные с правами работников, такие как прохождение тестирования до момента трудоустройства, сохранение трудовых отношений с лицами, живущими с ВИЧ, выплата пособий по болезни и пособий иждивенцам в случае смерти кормильца. В Центральной Америке и Карибском бассейне ОРИТ, региональная организация МКП, объединила усилия профсоюзов и организаций, участвующих в борьбе со СПИДом, из восьми стран в рамках совместной программы по предупреждению стигматизации и дискриминации на рабочем месте. Также ведется информационно-просветительская работа профилактического характера, которая поддерживается обучением должностных лиц и активистов профсоюзного движения, которые будут выступать в роли координаторов акций против СПИДа, лекторов и инструкторов. Африканская региональная организация МКП развернула программу в девяти странах, направленную на обучение цеховых мастеров для работы в качестве инструкторов. Все больше внимания уделяется вопросам обеспечения доступа к уходу и лечению; профсоюзы помогают создавать клиники (Южная Африка), лоббируют в интересах выдачи АРЛ-препаратов, содействуют проведению добровольных консультаций и обследований, создают медицинские пункты вдоль основных транспортных магистралей, организуют фонды солидарности и системы медицинского страхования, проводят кампании против сексуального насилия.[154] Авторитет и влияние

[151] См.: http://congress.icftu.org/displaydocument.asp?Index=991220325&Language=EN

[152] См.: http://www.global-unions.org/hiv-aids/

[153] Глобальные профсоюзы/МОТ/ЮНЭЙДС: *Global reach: How trade unions are responding to HIV/AIDS: Case studies of union action,* UNAIDS Best Practice Collection, July 2006, по адресу http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1276-GlobalReach_en.pdf

[154] Там же.

профсоюзных лидеров среди местного населения часто выходят за рамки формальных членских отношений: когда генеральные секретари двух национальных профсоюзных центров в Свазиленде публично прошли обследования на ВИЧ, это событие широко освещалось в средствах массовой информации.

300. Та степень понимания серьезности эпидемии и значения рабочего места как эпицентра действий, которую проявили и деловое сообщество, и профсоюзы, также подчеркивает значение инструмента коллективных переговоров. В анкете, прилагаемой к данному докладу, содержится вопрос о том, считают ли трехсторонние участники, что меры, которые следует предпринять в соответствии с предлагаемой Рекомендацией, должны возлагать ответственность на работодателей и работников для включения этой проблематики в повестку дня коллективных переговоров.

301. Среди примеров действий, предпринятых глобальными профсоюзными федерациями, можно назвать проект, осуществляемый Международной федерацией работников строительной и деревообрабатывающей промышленности (BWI) в Свазиленде и Зимбабве; он направлен на оказание помощи работницам в защите своих прав в отношениях между полами; Международное объединение работников общественного обслуживания (PSI) сотрудничает с ВОЗ, МОТ и ЮНЭЙДС в целях расширения доступа к лечению и использования совместных руководящих принципов МОТ-ВОЗ в отношении ВИЧ/СПИДа; Международный союз работников пищевой промышленности, сельского хозяйства и гостиничного обслуживания (IUF) наладил партнерские отношения с местными организациями женщин в Уганде для создания клиник на плантациях, где работники могут добровольно получить консультации, пройти тестирование и обратиться за советом по вопросам планировании семьи. В 2001 году Международная федерация профсоюзов учителей, Education International, приступила к реализации учебной программы для учителей по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа в школах. С помощью ВОЗ и Центра развития образования (ЦРО) осуществляется программа в десяти англоязычных и семи франкоязычных странах (все из которых, кроме двух, находятся в Африке). Международная федерация журналистов реализует полуторагодичную программу, направленную на совершенствование отчетности по ВИЧ/СПИДу. Проект предназначен для членских организаций МФЖ в Индии, Камбодже, на Филиппинах, в Южной Африке, Замбии и Нигерии. Международная федерация работников транспорта учитывает вопросы ВИЧ/СПИДа в своей просветительской деятельности и работе по формированию политики для всех своих секторов; специальные проекты в области автодорожного транспорта осуществляются в Африке и Южной Азии. Федерация проводит исследования среди уязвимых групп населения повышенного риска и помогла создать придорожные клиники охраны здоровья на юге Африки и в районе Великих озер. Фонд моряков (Seafarers' Trust) Международной федерации работников транспорта выделил около 1 млн. долл. США для трехлетней Информационной программы по вопросам здоровья моряков (SHIP), которую осуществляет Международный комитет по социальному обеспечению моряков. Эта программа охватывает вопросы ВИЧ/СПИДа, физической подготовки, сердечно-сосудистых заболеваний, питания, ожирения и малярии.

302. Отдельные профсоюзы на национальном уровне также предпринимают активные действия в этой области. Многие инициативы являются результатом программ солидарности среди профсоюзов в разных регионах мира, таких как Норвежский национальный центр и программа МКСП-АФРО. Примерами могут служить следующие акции профсоюзов:

- Профсоюзное объединение CUT в Бразилии сформировало Национальную комиссию по профилактике СПИДа, в которой участвуют представители профсоюзов и организаций гражданского общества. В задачи комиссии входит содействие профилактике ВИЧ, поиск путей улучшения качества жизни работников, живущих с ВИЧ, и защита их основных прав.

- Профсоюз работников здравоохранения в Гватемале ANTRASPG/SNTSG проводит просветительско-профилактическую деятельность среди работников, организованных и не организованных в профсоюзы из разных секторов, в том числе здравоохранения, сельского хозяйства и неформальной экономики.
- Профсоюз докеров Кении включает положения, относящиеся к ВИЧ/СПИДу, в свои коллективные соглашения. В них провозглашается запрет на дискриминацию по причине ВИЧ, а также предусматривается учеба цеховых мастеров по вопросам ВИЧ/СПИДа, которую финансируют работодатели.
- Филиппинский конгресс тред-юнионов стремится обеспечить соблюдение прав работников в соответствии с положениями национального законодательства, в том числе Закона о профилактике и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа от 1998 года. Ряд компаний поддерживают его программу, оплачивая работникам отпуск для посещения семинаров по вопросам ВИЧ/СПИДа, финансируя просветительскую деятельность и бесплатно предоставляя учебные помещения компании. ФКТЮ также осуществляет четко организованную программу в области сексуального и репродуктивного здоровья, в которой в полной мере учитываются вопросы ВИЧ/СПИДа. Он имеет своих представителей в Национальной комиссии по СПИДу.
- Организация по оказанию международной профсоюзной помощи (Union Aid Abroad)[155] (Австралия) поддерживает программы по СПИДу, проводимые рядом профсоюзов в странах Юго-Восточной Азии и на юге Африки, в том числе курсы, организуемые Камбоджийским профсоюзом проституток для обучения работников, занятых в секс-бизнесе, навыкам, которые необходимы для получения альтернативной оплачиваемой работы. Профсоюзы в Камбодже также принимают активное участие в разработке национальной политики в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте.
- С 1999 года Профсоюз работников швейной и текстильной промышленности Южной Африки (SACTWU) осуществляет широкую трехэтапную программу по ВИЧ/СПИДу. На первом этапе основное внимание уделялось информационно-просветительской деятельности, на втором этапе – проведению обследований и консультаций, обеспечению доступа к лечению и организации ухода на дому, а на третьем этапе создавались комплексные клиники, специализирующиеся на лечении ВИЧ/СПИДа, которые обеспечивают консультации, тестирование, лечение и психологическую поддержку. Кроме того, были открыты хосписы для неизлечимых больных, детский дом и служба, консультирующая пациентов об их правах. Учебная программа предназначена для всех уровней – от руководства и менеджмента компаний до цеховых старост и рядовых работников. Профсоюз также создал инициативную группу поддержки работников и программу по стимулированию доходов. В сельских районах организованы два добровольных консультационно-обследовательских и лечебных центра, уделяющие пристальное внимание развитию отношений с местным населением. Кроме того, осуществляется проект, стимулирующий заработки работников, подпавших под сокращения.
- АФТ-КПО и программа по ВИЧ/СПИДу, реализуемая Центром солидарности АФТ-КПО в Южной Африке, являются партнерами членских организаций МКП – КОСАТУ, НАКЕУ и ФЕДУСА. Деятельность программы расширяется и на другие страны региона.

[155] www.apheda.org.au/

- Британский профсоюз работников государственного сектора УНИСОН координирует совместную деятельность в поддержку программ по ВИЧ/СПИДу, осуществляемых профсоюзами на юге Африки, а его Международный фонд развития профсоюзного движения оказывает помощь в развертывании борьбы с ВИЧ/СПИДом ряду профсоюзов государственных служащих на юге Африки и в Бангладеш. Он также сотрудничает с кампаний «Остановить СПИД» на территории Соединенного Королевства в целях оказания помощи, обеспечения всеобщего доступа к лечению, трудовой миграции в сфере здравоохранения, а также участия профсоюзов в программах развития, поддерживаемых Департаментом по международному развитию, и в организации программ по ВИЧ/СПИДу.
- В Зимбабве Конгресс тред-юнионов в конце 90-х годов прошлого столетия подготовил первопроходческий проект по информированию населения о ВИЧ-инфекции и изменению поведения супружеских пар.
- В августе 2007 года Центральные профсоюзы Индии, в состав которых входят пять профсоюзов – Всеиндийский конгресс тред-юнионов (AITUC), Центр индийских профсоюзов (CITU), Индийский национальный конгресс тред-юнионов (INTUC), профсоюз Bharatiya Mazdoor Sangh (BMS) и профсоюз Hind Mazdoor Sabha (HMS) – подписали Совместное программное заявление по ВИЧ/СПИДу. Оно основывается на положениях Свода практических правил МОТ.

Глава IV

Соображения, касающиеся предлагаемой Рекомендации

303. Изобилие материалов, о которых говорилось в предыдущих главах, и сложные взаимосвязи между политикой и конкретными обстоятельствами, затрудняют ситуацию с точки зрения точного определения того, что должно фигурировать в предлагаемой Рекомендации.

Развитие ситуации после принятия Свода практических правил МОТ

304. Как указывалось в предыдущих главах, даже в течение того непродолжительного времени, которое прошло после принятия Свода практических правил МОТ, произошел целый ряд перемен.

305. Во-первых, как ситуация проиллюстрирована статистическими данными, включенными в главу I настоящего доклада, эпидемия продолжала расширяться и в отдельных случаях повысились темпы ее распространения. Кроме того, она затронула новые регионы, такие как Азия и Восточная Европа, которые незначительно пострадали от нее в 2001 году, но в настоящее время имеются основания говорить о появлении крупных очагов распространения заболевания. В то же время ВИЧ стал распространяться на другие группы населения, помимо тех, которые подвержены наиболее высокому риску заражения, и в настоящее время весьма стал распространяться среди разнополых пар, в том числе у наций и среди слоев населения, которые прежде рассматривали свой риск заражения как минимальный. Это высвечивает глобальный характер угрозы и необходимость всех регионов мира перенимать опыт других в деле наиболее эффективной борьбы с ВИЧ/СПИДом.

306. С другой стороны, явление доступного и эффективного лечения, проводимого наряду с целенаправленными мерами профилактики и более совершенными методами контроля, означает, что сегодня можно находить решения, которые отсутствовали в 2001 году. Это может иметь последствия для ответных мер правительств, работодателей и работников.

307. Помимо такого изменения ситуации, налицо тот факт, что в некоторых странах в результате тяжести эпидемии просто-напросто развалились национальные системы здравоохранения и другие механизмы. В ряде случаев практически не проводится никаких ответных мер на ВИЧ государственным сектором. В то же время трехсторонние участники МОТ иногда находят свои решения, которые были немыслимы всего несколько лет назад.

308. Многие предприятия, как многонациональные корпорации, так и чисто местные работодатели, в ответ на неспособность государственных систем реагировать активизировали свои действия. Они проводили и проводят меры профилактики, защиты и

лечения и оказывают помощь и поддержку своей собственной рабочей силе и семьям своих работников. Такие мероприятия осуществляются индивидуальными предприятиями, а также объединениями работодателей, сотрудничающих друг с другом. У них были и остаются на то свои причины поступать таким образом, помимо чисто гуманитарных соображений и стремления выполнять свою социальную ответственность – они должны обеспечить, чтобы рабочая сила могла быть задействована там, где это необходимо.

309. С другой стороны, часть бизнес-сообщества стала ограничивать или вовсе отказалась от поддержки работникам и их семьям в случае ВИЧ-инфицирования. Страховые кампании, как государственного, так и частного секторов, часто требовали и требуют проведения скрининга до приема на работу и во время работы и настаивают на том, чтобы инфицированным лицам было отказано в трудоустройстве или чтобы они были лишены возможности участвовать на рынке труда или чтобы на них не распространялось медицинское страхование, доступное для всех других работников.

Форма и содержание предлагаемой Рекомендации

Возможные подходы

310. Не утратили своего значения принципы и большинство рекомендаций, нашедших отражение в Своде практических правил. Он доказал свою полезность во многих странах мира и позволяет МОТ формулировать свои собственные приоритеты. В отдельных случаях, как, например, когда некоторые правительства настаивают на проведении анализов потенциальных мигрантов и когда инфицированным трудящимся-мигрантам отказывается во въезде в страну, Свод практических правил оказался недостаточно действенным, поскольку его принципы остаются на бумаге, и именно поэтому, возможно, имеется смысл усилить их в предлагаемой рекомендации. Поэтому Свод практических правил МОТ необходимо оставить без изменения, а в Рекомендации внимание следует сконцентрировать на внедрении в нее основных принципов и на облегчении поисков путей наиболее эффективного применения и соблюдения этого акта.

311. Что касается формы и содержания предлагаемой рекомендации, имеются различные возможности.

312. Одна из таких альтернатив, которую необходимо рассмотреть в ходе настоящей дискуссии, заключается в том, чтобы просто-напросто переработать Свод практических правил в Рекомендацию. Преимуществом этого является то, что МОТ можно было бы использовать уже принятую терминологию или лишь усовершенствовать или расширить статус Свода, превратив его в акт, принятый Международной конференцией труда. С другой стороны, чрезмерные подробности Свода практических правил МОТ не в полной мере соответствовали бы форме рекомендации. Поэтому Бюро не учло этот вариант при составлении вопросника. Кроме того, это не позволило бы Конференции обсудить вопрос о том, следует ли расширить положения Свода и есть ли необходимость учитывать эволюцию ситуации, не допустив при этом сокращения защиты, предусмотренной Сводом практических правил МОТ.

313. Вторая возможность заключалась бы в том, чтобы предложить принять совершенно новый акт с учетом изменения ситуации после 2001 года, приняв за основу Свод. Такая альтернатива не представляется желательной частично поскольку при этом под сомнение был бы поставлен вопрос о непреходящей значимости самого Свода.

314. Альтернатива, которая учтена в вопроснике, при условии что она будет поддержана трехсторонними участниками МОТ, заключается в том, чтобы как вопросник, так и предлагаемая Рекомендация исходили бы из основополагающих принципов Свода практических правил и при этом предусматривали включение его в рекомендацию в качестве приложения. Таким образом, Рекомендация была бы неразрывно связана с текстом Свода практических правил. В то же время, тем не менее, если какие-либо положения Свода, в отношении которых на международном уровне изменилась позиция, или какие-либо его положения были не в полной мере учтены и включены при принятии в 2001 году Свода практических правил МОТ, этот подход позволил бы также вновь подтвердить подходы, выдержанные в Своде, но с учетом выводов более зрелых размышлений или же дополнить акт дополнительными темами.

315. Применив такой подход, МБТ убеждено, что Административный совет и трехсторонние участники Организации не поставят под сомнение важность Свода практических правил и не допустят снижения уровня защиты и действенности тех рекомендаций, которые содержатся в нем. Таким образом, вопросник, прилагаемый к настоящему докладу, представляет собой отправную точку, предусматривающую, что Свод представляет собой минимальную норму, которую Рекомендация должна усовершенствовать.

Преамбула

316. В преамбуле любой международной трудовой нормы, как правило, учитываются различные соображения, касающиеся рассматриваемого вопроса, при этом она не является постановляющей частью самого акта. В преамбуле закладывается платформа для самого акта.

317. В прилагаемый вопросник включены вопросы к трехсторонним участникам МОТ относительно целого ряда тем, которые могут фигурировать в преамбуле.

318. В преамбулу можно включить ссылку на последствия эпидемии для работников и рабочих мест, на критическую ситуацию в сфере труда в условиях эпидемии ВИЧ/СПИДа, а также на социально-экономические последствия эпидемии. В нее следует также включить ссылку на Свод практических правил МОТ.

319. В преамбуле можно также предусмотреть ссылку на действующее международное право, имеющее отношение к ВИЧ/СПИДу на рабочих местах, включая нормы МОТ и акты, принятые другими международными организациями.

320. В ней следует указать на важную роль рабочих мест, являющихся центром информации, мер профилактики, поддержки и лечения.

321. Безусловно, в преамбулу следует включить ссылку на необходимость содействия социальному диалогу и повышению роли организаций работодателей и работников.

322. В преамбуле следует также упомянуть о важности сотрудничества с другими межправительственными организациями, включая совместных спонсоров ЮНЭЙДС и с другими неправительственными организациями, работающими на национальном и международном уровнях.

Сфера охвата

323. Свод практических правил МОТ, наряду со многими национальными законами и политикой, относится ко всем слоям национального населения, включая всех работников и членов их семей. Они применяются также ко всем рабочим местам. Поскольку рекомендация является нормативным актом, нацеленным на то, чтобы разработать руководящие принципы и примеры, и напрямую не создает существенных обязательств для государств-членов, представляется, что нет причин ограничивать сферу ее охвата. Поэтому в прилагаемом вопроснике трехсторонним участникам предлагается

указать, согласны ли они с тем, чтобы акт был применим ко всем работникам и всем предприятиям, в том числе занятым и действующим в неформальной экономике.

Национальная политика

324. Вопросник подразделяется на разделы; в одном из них речь идет о национальной политике. Этот раздел начинается с вопросов о том, должны ли правительства в процессе консультаций с социальными партнерами и другими заинтересованными сторонами разрабатывать и проводить национальную политику в области ВИЧ/СПИДа, аналогичную той, которая предусмотрена Сводом практических правил. При рассмотрении содержания такой политики в вопроснике поднимаются темы, которые правительства и другие заинтересованные стороны могли бы рассматривать в целях ориентации собственных действий. Безусловно, вопросы поставлены весьма широко, а политика, проводимая на национальном уровне, должна учитывать национальные условия и особенности. Широкая сфера трактовки вопросов отражает тот факт, что, как явствует из вышесказанного, несмотря на то, что почти все правительства проводят ту или иную политику в сфере ВИЧ/СПИДа, многие из направлений этой политики охватывают лишь отдельные из вопросов, которые имеют непосредственное отношение к борьбе с эпидемией.

325. Чрезвычайную важность имеет вопрос об интеграции проблем борьбы с эпидемией с более широкой национальной политикой в области здравоохранения и социальной политикой. Работодатели и работники не могут действовать в изоляции и программы на рабочих местах должны способствовать этим национальным ответным мерам и черпать из них уроки для себя. Это включает необходимость интеграции ответных мер медицинского обслуживания на рабочих местах с национальными системами здравоохранения, в том числе с учетом необходимости борьбы с другими заболеваниями, такими как туберкулез и малярия.

326. Различные соображения приведены в разделе «Принципы», который основан на соответствующем разделе Свода практических правил МОТ. Акцент здесь сделан на отдельных аспектах, включая нахождение ответов на ВИЧ/СПИД, которые соответствовали бы политике, проводимой с учетом соблюдения других норм МОТ, в том числе тех, которые касаются прав человека и безопасности и гигиены труда.

327. Трудно переоценить важность обязательства правительств содействовать социальному диалогу по этому вопросу и всячески поощрять его. Естественно, ориентация должна осуществляться на рассмотрение вопросов, связанных с рабочими местами, организациями работодателей и работников. Важно также привлекать к этой работе организации лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом или пострадавших от этого заболевания.

328. Особо выделены меры профилактики и роль государственных служб. Слишком во многих случаях рабочие места несут основную тяжесть последствий развала или неадекватности государственных служб здравоохранения, а также продолжающейся неадекватности во многих странах национальных служб инспекции труда, систем судов и трибуналов по трудовым вопросам и других структур.

329. В этом же разделе подчеркиваются особые нужды различных групп работников и их семей, включая защиту на основе гендерной принадлежности, мигрантов, детей и молодежи.

Работодатели и работники

330. Работодатели и работники пользуются собственными отдельными правами и имеют свои обязательства. Одно из соображений, нашедших отражение к вопроснике, касается того, что рабочие места являются тем местом, где можно добиться всеобщего доступа к соответствующим системам, и это, в свою очередь, имеет последствия как для работодателей, так и для работников и их организаций. Кроме того, и те и другие

несут ответственность за решение этих вопросов в рамках производственной политики и коллективных договоров.

Последующие меры по Рекомендации

331. Один из недостатков, который был вскрыт в Своде практических правил, и одна из причин желательности принятия рекомендации заключается в том, что Свод не предусматривает механизма реализации его положений ни на национальном, ни на международном уровнях. Основной урок, извлеченный МОТ из своего опыта, заключается в том, что механизм реализации любого международного акта увеличивает шансы обеспечения его применения и соблюдения.

332. На международном уровне этого можно добиться в рамках контрольного механизма в результате обязательств, налагаемых конвенцией или Уставом МОТ; либо же это можно обеспечить более поощрительным способом, применив статью 19 Устава, предусмотрев проведение общих обзоров Комитетом экспертов по применению конвенций и рекомендаций или в рамках Декларации об основополагающих принципах и правах в сфере труда.

333. Возможности, открываемые рекомендацией, были изложены в докладе «Укрепление потенциальных возможностей МОТ по оказанию содействия государствам-членам в достижении целей Организации в контексте глобализации», подготовленным на 96-ю сессию Конференции в 2007 году:

> 163. Что касается рекомендации, то эти последствия определены в Уставе. Это касается связанных с ними последующих действий, которые определяются в отношении рекомендаций в статье 19 Устава. Несмотря на то, что рекомендации не имеют обязательной юридической силы, они, тем не менее, возлагают на все государства-члены двойную обязанность: во-первых, обязанность доводить рекомендацию до сведения компетентного органа (п. 6 b) статьи 19), что может проложить путь к «трансформации» ее содержания в национальное законодательство; во-вторых, «остаточная» обязанность, предусмотренная в п. 6 d) статьи 19, в соответствии с положениями которого государства-члены обязаны, в принципе, время от времени отвечать на запросы Административного совета, чтобы информировать «в какой мере выполняются или предполагается выполнять положения рекомендации».[1]

334. В сноске[2] к этой части доклада указано, что «в этой связи следует напомнить, что нормативный акт, даже необязательного характера, такой как рекомендация, позволяет, тем не менее, устанавливать процедуру «экспертной оценки деятельности равными» в качестве одного из элементов механизма последующих действий, присущих рекомендации».

335. На данном этапе преждевременно подробно рассматривать, какой механизм следует применить, однако отдельные указания могли бы быть полезными для хода обсуждения. Традиционно статья 19 Устава используется в отношении запроса докладов, на основании которых готовится Общий обзор Комитетом экспертов по применению конвенций и рекомендаций. В последнее время эта статья применяется в отношении запросов о ежегодных докладах, подготавливаемых в рамках Декларации. До принятия Декларации статья 19 применялась в отношении запросов о периодических докладах по Конвенции 1958 года о дискриминации в области труда и занятий (111); и в самое последнее время – в отношении периодических докладов по шести другим

[1] МОТ: У*крепление потенциальных возможностей МОТ по оказанию содействия государствам-членам в достижении целей Организации в контексте глобализации*, МКТ, 96-я сессия, Женева, 2007, п. 163, по адресу: http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc96/pdf/pr-23.pdf

[2] ibid., сноска 11, с. 59.

основополагающим конвенциям о труде.[3] Хотя имеется возможность применить ту или другую процедуру на основе прецедента, формулировка статьи 19 6) d) Устава не предусматривает никакой конкретной методологии или сроков. Этот пункт статьи 19 гласит:

> d) кроме представления Рекомендации на рассмотрение компетентной власти или властей, член Организации не несет перед Организацией никаких других обязательств, за исключением обязательства сообщать генеральному директору Международного бюро труда в соответствующие периоды, когда этого потребует Административный совет, о состоянии законодательства и существующей практики в его стране по вопросам, которых касается Рекомендация, о том, какие меры были приняты или намечены для придания силы любым положениям Рекомендации, а также о таких изменениях этих положений, которые являются или могут оказаться необходимыми в целях принятия или применения Рекомендации.

336. Как указывается выше, такие доклады обычно рассматриваются Комитетом экспертов или экспертами-советниками по Декларации. Но они могут также рассматриваться и другими органами, например каким-либо комитетом Административного совета или в рамках другой специальной процедуры. На этом основании Конференции могла бы обсудить вопрос о том, следует ли в предлагаемую рекомендацию включить положение относительно направления МБТ докладов, касающихся этой рекомендации, либо на регулярной основе, либо по требованию Административного совета; следует ли предусмотреть регулярную отчетность, в какие интервалы времени и в рамках какой конкретно процедуры.

337. На национальном уровне следует отметить, что, как указывается в главе III, среди государств-членов МОТ отмечаются заметные разногласия по вопросу о том, следует ли и каким образом осуществлять анализ применения Свода практических правил или других взаимосвязанных мер борьбы с ВИЧ/СПИДом либо на рабочих местах, либо в целом. Кроме того, такой обзор в том виде, в котором он существует на национальном уровне, мог бы осуществляться координационным или каким-либо другим совместным органом или же он мог бы осуществляться каждый раз различными органами, имеющими различные мандаты и придерживающимися различных сроков исполнения.

338. Поэтому представляется, что некоторые положения, касающиеся мер реализации и проведения обзоров на национальном уровне, были бы ценным дополнением к рекомендации. Если будет решено включить в акт такое положение, при подготовке предлагаемой Рекомендации можно было бы воспользоваться примером других актов МОТ, предусматривающих наличие координационных органов, и разработать предложения относительно их состава и выполняемых функций, при этом конкретно их состав и сфера полномочий оставались бы прерогативой национальных органов.

339. В указанных пределах в рекомендации следует предусмотреть необходимость установления скоординированного механизма реализации Свода и принятия других мер борьбы с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах.

340. Этим мог бы заниматься единый национальный орган, который бы координировал все мероприятия, или это могли бы быть специально назначаемые органы, которые бы проводили меры в различных направлениях, например отдельный контрольный орган, отвечающий за проведение мер на рабочих местах. В любом случае, на национальном уровне периодически должны осуществляться сбор и рассмотрение информации о всех подобных мерах, и следует предусмотреть положения, касающиеся такого рассмотрения, контроль за которым должен осуществляться в разрезе рекомендации с учетом исправительных мер в случае любых недостатков или изменения ситуации. В

[3] Эта процедура была заменена процедурой в отношении Декларации МОТ до вступления ее в силу.

зависимости от решений, принимаемых на национальном уровне, такой орган мог бы быть облечен властью формулировать рекомендации или требовать конкретных практических действий.

341. В состав любого органа, который бы проводил обзоры проводимых мер на рабочих местах, безусловно, должно входить министерство или правительственное ведомство, отвечающее за вопросы труда, а также представители работодателей и работников, назначаемых в соответствии с процедурой, которая бы обеспечивала их равноправное участие в работе такого органа. Он мог бы также включать другие соответствующие министерства, как, например, министерства здравоохранения, планирования, развития или другие; кроме того, в него должны входить представители лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом и страдающих от этого заболеваний. Возможно, было бы целесообразным также включить в него и представителей других организаций гражданского общества, заинтересованных в этом вопросе, как это предусмотрено, например, в Конвенции 1976 года о трехсторонних консультациях (международные трудовые нормы) (144).

342. И наконец, в эту часть вопросника включены вопросы, касающиеся продолжения сотрудничества с другими межправительственными организациями, особенно теми, с которыми сотрудничает МОТ в рамках ЮНЭЙДС.

Вопросник

На своей 298-й сессии в марте 2007 года Административный совет предложил Бюро включить в повестку дня 98-й сессии (2009 г.) Международной конференции труда вопрос о ВИЧ/СПИДе и сфере труда для двойного обсуждения в целях принятия отдельной рекомендации.

Было сочтено необходимым принять международную трудовую норму в форме отдельной рекомендации по данному вопросу, с тем чтобы заострить внимание к данной теме на национальном и международном уровнях, содействовать объединению усилий основных заинтересованных сторон в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом и добиться более широкого резонанса Свода практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» (2001 г.) (далее – Свод практических правил МОТ), равно как и способствовать другим действиям, а также проанализировать изменения, происшедшие начиная с 2001 года.

Настоящим вопросником преследуется цель выяснения мнения государств-членов относительно сферы охвата и содержания предлагаемого акта после проведения консультаций с наиболее представительными организациями работодателей и работников.

Учитывая широкий спектр данной темы, было бы желательно, чтобы до подготовки своих ответов министерства труда проконсультировались с другими соответствующими национальными министерствами и ведомствами, занимающимися проблемами ВИЧ/СПИДа, такими как министерства социальных дел, здравоохранения, просвещения, юстиции, гендерных вопросов, молодежи, финансов и планирования. Возможно, было бы также целесообразно провести консультации с другими соответствующими организациями, в том числе организациями лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также лиц, работающих с ними.

При подготовке вопросника была учтена информация, которой располагает МОТ по ВИЧ/СПИДу и связанным с этим вопросам, включая деятельность Организации как одного из спонсоров Совместной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), равно как и информация, полученная от правительств и социальных партнеров в рамках отчетности по соответствующим международным конвенциям в соответствии со статьей 22 Устава МОТ. В нем также учтена информация, которой располагают другие межправительственные организации, с которыми сотрудничает МОТ.

Форма акта

1. *Считаете ли вы, что Международная конференция труда должна принять акт, касающийся ВИЧ/СПИДа и сферы труда?*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

2. *Считаете ли вы, что этот акт должен иметь форму рекомендации?*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

Преамбула

3. *Следует ли в акт включить Преамбулу, касающуюся:*

a) последствий эпидемии ВИЧ для работников и их семей, а также для предприятий;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

b) дискриминации, с которой сталкиваются лица, зараженные ВИЧ;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

c) социально-экономических последствий эпидемии ВИЧ для сферы труда и для общества в целом;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

d) последствий ВИЧ/СПИДа для обеспечения всех достойной работой;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

e) взаимосвязей между ВИЧ/СПИДом, бедностью и устойчивым развитием;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

f) того факта, что больше женщин, чем мужчин, становятся инфицированными ВИЧ и в первую очередь страдают от эпидемии ВИЧ;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

g) необходимости для Международной организации труда (МОТ) расширить свои усилия с точки зрения борьбы с ВИЧ/СПИДом в рамках всей своей деятельности;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

h) важности Свода практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» (2001 г.);

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

i) международных конвенций и рекомендаций, в том числе тех, которые приняты МОТ и Организацией Объединенных Наций (ООН) и имеют отношение к проблеме ВИЧ/СПИДа и сферы труда;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

j) ключевой роли рабочих мест для информации и расширения доступа к мероприятиям по профилактике, лечению, уходу и поддержке в рамках национальных ответных мер по ВИЧ/СПИДу;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

k) уникальной роли организаций работодателей и работников в деле содействия национальным усилиям по борьбе с ВИЧ/СПИДом в сфере труда и благодаря этой сфере;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

l) сотрудничества между международными организациями в контексте Совместной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и, помимо этой программы, в целях обеспечения всеобщего доступа к мерам профилактики ВИЧ, ухода и лечения, а также смягчения последствий СПИДа;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

m) ценности и важности сотрудничества с другими заинтересованными организациями, особенно организациями лиц, живущих с ВИЧ, на национальном и международном уровнях?

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

I. Определение и сфера охвата

4. Должен ли предлагаемый акт содержать следующие определения:

a) «ВИЧ» *означает вирус иммунодефицита человека – вирус, ослабляющий иммунную систему человека и, в конечном счете, ведущий к развитию СПИДа;*

☐ Да ☐ Нет

b) «СПИД» *означает синдром приобретенного иммунодефицита – сочетание медицинских симптомов, свидетельствующих о развитии инфекционных и онкологических заболеваний, в настоящее время неизлечимых;*

☐ Да ☐ Нет

c) «лица, живущие с ВИЧ», означают лиц, инфицированных ВИЧ;

☐ Да ☐ Нет

d) «пострадавшие лица» означают лиц, жизнь которых изменилась в той или иной степени из-за воздействия ВИЧ/СПИДа в связи с распространением эпидемии?

☐ Да ☐ Нет

5. Должен ли предлагаемый акт охватывать:

a) всех работников, включая самозанятых лиц, и претендентов на работу;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

b) все сектора экономической деятельности, государственные и частные, как в реальной, так и в неформальной экономике?

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

II. Национальная политика

6. Следует ли в акте предусмотреть, что государства-члены должны разрабатывать и проводить национальную политику по ВИЧ/СПИДу и сфере труда в процессе консультаций с наиболее представительными организациями работодателей и работников, а также с организациями лиц, живущих с ВИЧ?

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

7. Должна ли национальная политика в области ВИЧ/СПИДа в сфере труда касаться следующих областей:

a) профилактики ВИЧ;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

b) смягчения последствий ВИЧ/СПИДа для работников и для всей сферы труда;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

c) ухода за работниками, зараженными ВИЧ и больными СПИДом и поддержки их самих и их семей;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

d) искоренения стигматизма и дискриминации на основе действительного или приписываемого статуса ВИЧ-инфицированных;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

e) роли рабочих мест для информации и практических действий, включая добровольное консультирование и проведение анализов, профилактику, лечение, уход и поддержку;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

f) роли рабочих мест в области сотрудничества с местными общинами и в процессе распространения программ посредством логистических цепочек и сетей распределения?

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

8. Должна ли национальная политика в области ВИЧ/СПИДа на рабочих местах:

a) проводиться с учетом итогов консультаций с наиболее представительными организациями работодателей и работников и другими заинтересованными сторонами:

i) относительно национальных законодательства и нормативных правовых актов;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) посредством коллективных соглашений и договоров;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

iii) в рамках национальных и отраслевых политики и программ действий и политики и программ на рабочих местах?

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

b) доводиться до сведения органов, занимающихся трудовым правом и регулированием вопросов труда, а также касаться подготовки по этим проблемам сотрудников соответствующих органов;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

c) вести к созданию стимулов для содействия национальным и международным предприятиям по проведению национальной политики, включая свободные экспортные зоны;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

d) содействовать социальному диалогу, консультациям, проведению переговоров и других форм сотрудничества между правительственными органами и работодателями и работниками и их представителями, сотрудниками органов охраны труда, специалистами по ВИЧ/СПИДу и другими заинтересованными сторонами, включая организации лиц, живущих с ВИЧ;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

e) учитывать научные открытия и социальные преобразования при разработке политики, ее пересмотре и проведении;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

f) координироваться с системами национального здравоохранения и социального обеспечения?

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

III. Принципы

9. Должен ли акт включать в себя принципы и методы их реализации при проведении национальной политики?

a) Общие принципы

i) ВИЧ/СПИД должен признаваться как проблема, связанная с рабочими местами.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) *Правительства должны интегрировать свою политику в области ВИЧ/СПИДа в сфере труда в процессе разработки планов и проведения стратегий сокращения масштабов бедности.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

iii) *Правительства должны разрабатывать и проводить политику и программы по ВИЧ/СПИДу в интересах всех работников, занятых в государственном секторе.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

b) Дискриминация

i) *Не должно допускаться никакой дискриминации против работников на основе их действительного или приписываемого статуса ВИЧ-инфицированных, а также на основе принадлежности к группам населения, которые воспринимаются как подверженные наибольшему риску ВИЧ-инфицирования с учетом положений Конвенции 1958 года о дискриминации в области труда и занятий (111).*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) *Правительства при проведении консультаций с наиболее представительными организациями работодателей и работников должны обеспечивать, чтобы сфера охвата Конвенции 111 распространялась на лиц, живущих с ВИЧ, в соответствии с пунктом 1) b) статьи 1 указанной конвенции.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

iii) *Статус ВИЧ-инфицированных лиц не должен быть причиной прекращения трудовых отношений. Лица, зараженные ВИЧ и страдающие от сопутствующих заболеваний, должны иметь возможность продолжать работу, пока по состоянию здоровья они могут трудиться, выполняя соответствующие виды работ.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

iv) *Факты временного отсутствия на работе по причине заболеваний, связанных с ВИЧ/СПИДом, не должны быть законной причиной для прекращения трудовых отношений в соответствии со статьей 6 Конвенции 1982 года о прекращении трудовых отношений (158).*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

v) *Должны приниматься меры для содействия равноправным гендерным взаимоотношениям и наделению женщин правами, с тем чтобы препятствовать распространению ВИЧ и позволять женщинам справляться с трудностями, связанными с ВИЧ/СПИДом.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

c) Социальный диалог

i) *Проведение политики и программ в области ВИЧ/СПИДа должно опираться на сотрудничество и взаимное доверие между работодателями, работниками и их представителями и, при необходимости, правительством при активном участии работников, живущих с ВИЧ/СПИДом.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) *Организации работодателей и работников должны поощряться к тому, чтобы содействовать профилактике и недопущению дискриминации посредством предоставления информации и проведения обучения и просветительской деятельности.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

iii) *Работники и работодатели должны поощряться к тому, чтобы включать вопросы, связанные с ВИЧ/СПИДом, в коллективные договоры.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

d) Безопасность и гигиена труда

i) *Производственная среда должна быть здоровой и безопасной с учетом положений Конвенции 1981 года о безопасности и гигиене труда (155) и Конвенции 2006 года об основах, содействующих безопасности и гигиене труда, (187), а также других соответствующих актов МОТ, с тем чтобы предотвращать случаи распространения ВИЧ.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) *Службы, занимающиеся вопросами охраны и гигиены труда, а также механизмы гигиены труда на рабочих местах, должны рассматривать проблемы, связанные с ВИЧ/СПИДом.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

e) Проведение анализов и конфиденциальность информации

i) Скрининг ВИЧ не должен требоваться от работников или от претендентов на работу.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) Следует поощрять работников к тому, чтобы они знали свой статус ВИЧ-инфицированных благодаря добровольному проведению анализов и консультированию. Должна обеспечиваться стабильность рабочих мест и конфиденциальность информации и, в случае необходимости, должен гарантироваться доступ для работников к лечению.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

iii) Работники и лица, занимающиеся поиском работы, не должны быть обязанными предоставлять личную информацию, касающуюся своего ВИЧ-статуса и себя лично или других лиц. Доступ к такой информации должен быть подчинен правилам конфиденциальности информации, соответствующим Своду практических правил МОТ, касающемуся защиты личных данных работников 1997 года.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

f) Профилактика, лечение, уход и поддержка

i) Высочайшим приоритетом должно пользоваться предупреждение всех возможных путей передачи ВИЧ. Стратегии профилактики и предотвращения должны соответствовать национальным условиям и конкретным рабочим местам, и при этом, должны в полной мере приниматься во внимание аспекты гендерного и культурного порядка.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) Программы профилактики и предотвращения заражения ВИЧ должны обеспечивать:

1) предоставление достоверной и надлежащей информации, включая информацию, касающуюся предотвращения передачи инфекции от матери к ребенку;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

2) проведение обучения в помощь мужчинам и женщинам, чтобы они осознавали собственный риск и стремились максимально его сократить;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

3) проведение практических мер, таких как расширение доступности презервативов.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

iii) *Все работники, включая работников, живущих с ВИЧ, и их иждивенцев, должны иметь право на получение доступной медицинской помощи. Соответствующие медицинские службы должны предусматривать проведение лечения антиретровирусными препаратами, а также лечение оппортунистических инфекций, особенно туберкулеза, равно как и заболеваний, передающихся половым путем.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

iv) *Правительства должны обеспечивать, чтобы лица, живущие с ВИЧ, и их иждивенцы, в полной мере пользовались всеми услугами органов здравоохранения, предусматриваемыми государственными или частными системами медицинского страхования.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

v) *Не должно допускаться никакой дискриминации против работников, живущих с ВИЧ, и их иждивенцев с точки зрения их доступа к предусмотренным законом программам социального обеспечения и системам страхования производственных заболеваний и несчастных случаев, а также с точки зрения пособий и льгот, включая пособия по медицинскому страхованию, по инвалидности и по случаю потери кормильца.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

vi) *Программы ухода и поддержки должны включать меры по обеспечению приемлемых жилищных условий для работников, страдающих от связанных с ВИЧ-инфекцией заболеваний.*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

vii) В соответствующих случаях ВИЧ/СПИД должен признаваться в качестве производственного заболевания.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

viii) Следует предпринимать меры по расширению возможностей получения доходов лицами, зараженными ВИЧ и больных СПИДом.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

g) Обучение

i) Все программы обучения, инструкции по безопасности и охране труда и любые надлежащие руководства должны быть понятны всем женщинам и мужчинам, особенно вновь принятым на работу или неопытным работникам, в том числе трудовым мигрантам, и учитывать особенности и факторы риска конкретного рабочего места.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) Руководителям высшего и среднего звеньев управления должна предоставляться самая современная научная и социально-экономическая информация и проводиться соответствующая их подготовка по проблемам ВИЧ/СПИДа.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

iii) Работники имеют право получать информацию и консультативные услуги, касающиеся принимаемых мер по проведению политики, принимать участие в инспекционных проверках на рабочих местах, а также проходить обучение по соответствующим вопросам.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

h) Трудящиеся мигранты

Правительства должны обеспечивать, чтобы трудящиеся мигранты или лица, заинтересованные в миграции в поисках работы, не подвергались обязательному прохождению анализов на ВИЧ и чтобы они им не отказывали в миграции в случае их положительного статуса ВИЧ-инфицированных. Меры по обеспечению доступа к мероприятиям профилактики, лечения, ухода и поддержки должны приниматься как страной происхождения, так и страной назначения трудящихся-мигрантов.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

i) Дети и молодежь

i) Следует расширить национальные и международные обязательства, касающиеся борьбы с детским трудом, в частности, когда он ведет к смертельным исходам или заболеваниям членов семей по причине СПИДа, и следует предпринимать действия в целях:

1) повышения осознания взаимосвязей между ВИЧ/СПИДом и детским трудом;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

2) выявления ключевых областей возможных действий;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

3) сокращения риска для работающих детей заражения ВИЧ.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) Следует принимать меры, направленные на защиту молодых работников от ВИЧ-инфекции, и учитывать особые потребности молодежи с точки зрения ВИЧ/СПИДа. Это может включать интеграцию информации по ВИЧ/СПИДу в программы профессионального обучения и программы занятости молодежи.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

i) Государственные службы

i) Следует пересмотреть и, при необходимости, повысить роль органов, занимающихся вопросами регулирования труда, включая службы инспекции труда в ответ на ВИЧ/СПИД.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

ii) Следует укреплять государственные службы здравоохранения там, где в этом есть необходимость, с тем чтобы обеспечить более широкий доступ к мерам профилактики, лечения, ухода и поддержки и снять излишний стресс, который испытывают службы и работники здравоохранения в связи с ВИЧ/СПИДом.

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

IV. Последующие меры

10. Следует ли в акте предусмотреть:

a) дальнейшие меры, которые необходимо предпринять на национальном уровне для регулярного и периодического пересмотра мер, принимаемых по проведению соответствующей политики;

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

b) сотрудничество и координацию между МОТ и другими межправительственными организациями в целях содействия настоящему акту и его применения?

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

V. Специальные проблемы

11. Имеются ли какие-либо особенности национального законодательства или национальных законодательства или практики, которые могут создавать трудности практического порядка при применении предлагаемого акта в той форме, в которой он предусмотрен в настоящем вопроснике?

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

12. ***Исключительно для государств федерального устройства:*** *В том случае если акт будет принят, надлежит ли эту тему рассматривать в разрезе федеральных действий или как часть действий объектов федерации?*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

13. *Есть ли какие-либо иные относящиеся к данной теме проблемы, не охваченные данным вопросником, которые следует учесть при разработке проекта акта?*

☐ Да ☐ Нет

Комментарии:

_____

_____

_____

Приложение I

Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда»

Предисловие

Эпидемия ВИЧ/СПИДа сегодня переросла в глобальный кризис и представляет одну из наиболее серьезных угроз для социального прогресса и развития. В тех странах, где болезнь получила наибольшее распространение, эпидемия сводит на нет все, что достигнуто за десятки лет развития, подрывая экономику, создавая угрозу для безопасности и стабильности общества. В африканских странах, расположенных южнее Сахары, где эпидемия уже привела к катастрофическим последствиям, кризис породил чрезвычайную ситуацию.

Принося страдания больным и членам их семей и одновременно глубоко поражая социально-экономические ткани общества, ВИЧ/СПИД представляет собой значительную угрозу для сферы труда – болезнь поражает наиболее производительную часть рабочей силы, создавая колоссальные издержки для предприятий во всех отраслях экономики, снижая производительность труда, увеличивая производственные затраты и число случаев потери квалификации и производственного опыта. Кроме того, ВИЧ/СПИД затрагивает и основополагающие трудовые права, связанные с дискриминацией и стигматизацией работников и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом и пострадавших от него. Сильнее всего эпидемия и ее последствия сказываются на наиболее незащищенных группах населения, включая женщин и детей, усугубляя тем самым существующее гендерное неравенство и проблемы детского труда.

Вот почему МОТ обязана была решительно высказаться по этому вопросу в подготовленном ею Своде практических правил. Этот документ будет способствовать предотвращению распространения эпидемии, смягчению ее воздействия на работников и их семьи и предоставлению социальной защиты, необходимой для того, чтобы справиться с заболеванием. Являясь одним из инструментов борьбы с эпидемией на рабочих местах, Свод практических правил основан на таких ключевых принципах, как признание ВИЧ/СПИДа проблемой, относящейся к рабочему месту, как недопущение дискриминации в области занятости, гендерное равенство, скрининг и конфиденциальность, социальный диалог, профилактика, уход и поддержка инфицированных.

Данный Свод практических правил – результат совместной работы МОТ и ее трехсторонних партнеров, а также сотрудничества с международными организациями. Он был единогласно принят совещанием экспертов по вопросу ВИЧ/СПИДа и сферы труда, проходившем в Женеве с 14 по 22 мая 2001 года. Он послужит ценным практическим руководством для политических деятелей, объединений работодателей, организаций работников и других социальных партнеров в деле разработки и осуществления соответствующей политики на рабочих местах, программ профилактики и лечения, а также создания стратегий работы с трудящимися в неформальном секторе. Свод практических правил – важный вклад МОТ в борьбу с ВИЧ/СПИДом во всемирном масштабе.

Свод практических правил поможет обеспечить достойные условия труда в ситуации гуманитарной катастрофы и кризиса развития. Попытки преодолеть кризис уже принесли ощутимые результаты. В некоторых странах удалось добиться относительного замедления темпов распространения инфекции и уменьшения ее последствий для индивидуумов и социумов. Наиболее удачная практика борьбы наблюдалась там, где были: эффективное руководство,

межотраслевые подходы, сотрудничество с институтами гражданского общества, включая работу с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, и просветительская деятельность. Все эти моменты отражены в ключевых принципах Свода практических правил, предусматривающего мобилизацию социальных партнеров на его реальное осуществление.

Документ носит новаторский характер. Он вскрывает существующие проблемы и прогнозирует будущие последствия эпидемии и их влияние на сферу труда. Благодаря этому документу МОТ сможет оказывать более эффективную поддержку национальным и международным действиям по защите прав и достоинства работников и всех людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Женева, июнь 2001 г.

Хуан Сомавиа,
генеральный директор

Содержание

Предисловие **123**

1. Цель **127**

2. Применение **127**

3. Сфера действия Свода практических правил и используемая в нем терминология **127**

3.1. Сфера действия 127
3.2. Термины, используемые в Своде практических правил 127

4. Основные принципы **129**

4.1. Признание ВИЧ/СПИДа проблемой, связанной с рабочим местом 129
4.2. Недопущение дискриминации 129
4.3. Гендерное равенство 129
4.4. Безопасная производственная среда 129
4.5. Социальный диалог 129
4.6. Скрининг с целью исключения из сферы занятости или трудового процесса 129
4.7. Конфиденциальность 130
4.8. Продолжение трудовых отношений 130
4.9. Профилактика 130
4.10. Уход и поддержка 130

5. Общие права и обязанности **130**

5.1. Правительства и компетентные органы 130
5.2. Работодатели и их организации 132
5.3. Работники и их организации 134

6. Профилактика через информирование и просвещение **135**

6.1. Информационно-просветительские кампании 135
6.2. Просветительские программы 136
6.3. Гендерно-ориентированные программы 137
6.4. Связь с программами пропаганды здорового образа жизни 137
6.5. Практические шаги в поддержку поведенческих перемен 137
6.6. Программы работы на местном уровне 138

7. Обучение **138**

7.1. Обучение для управленческого состава, руководителей и сотрудников отделов кадров 138
7.2. Обучение преподавателей для товарищей по работе 138
7.3. Обучение представителей работников 139
7.4. Подготовка сотрудников служб охраны и безопасности труда 139
7.5. Обучение инспекторов труда на уровне предприятий 139

7.6. Обучение работников, имеющих контакт с кровью и другими жидкостями человеческого организма 140

8. Анализы 140

8.1. Прием на работу и занятость 140
8.2. Страхование 141
8.3. Эпидемиологический надзор 141
8.4. Добровольная сдача анализа 141
8.5. Анализы и лечение после контакта с инфекцией на производстве 141

9. Поддержка инфицированных и уход за ними 142

9.1. ВИЧ/СПИД и другие серьезные заболевания 142
9.2. Консультации 142
9.3. Службы охраны труда и другие службы здравоохранения 143
9.4. Связь с группами самопомощи и службами, действующими на местном уровне 143
9.5. Пособия и услуги 143
9.6. Охват социальным обеспечением 143
9.7. Личная жизнь и конфиденциальность 143
9.8. Программы помощи работникам и членам их семей 144

Приложения

I. Общая информация об эпидемии и ее последствиях 145

II. Контроль за инфекцией на рабочих местах 149

III. Контрольный список мероприятий по планированию и осуществлению политики по вопросам ВИЧ/СПИДа на рабочем месте 150

1. Цель

Целью настоящего документа является определение основных подходов к проблеме ВИЧ/СПИДа в сфере труда. Свод практических правил освещает следующие ключевые направления действий:

a) профилактика ВИЧ/СПИДа;

b) управление последствиями ВИЧ/СПИДа в сфере труда и смягчение их влияния;

c) обеспечение ухода и помощи для работников, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом;

d) борьба со стигматизацией и дискриминацией в связи с действительным или приписываемым инфицированием ВИЧ.

2. Применение

Свод практических правил должен использоваться для:

a) разработки конкретных шагов на уровне предприятия, общины, региона, отрасли, а также национальном и международном уровнях;

b) поддержки и развития диалога, консультаций, переговоров и всех форм сотрудничества между правительствами, работодателями и работниками и их представителями, сотрудниками служб охраны и безопасности труда, специалистами по ВИЧ/СПИДу и всеми другими заинтересованными лицами, в том числе местными и неправительственными организациями (НПО);

c) претворения в жизнь его содержания по согласованию с социальными партнерами:

– в национальном законодательстве, политике и программах действий;

– в коллективных договорах на уровне рабочих мест/предприятий; и

– в направлениях политики на рабочем месте и планах действий.

3. Сфера действия Свода практических правил и используемая в нем терминология

3.1. Сфера действия

Данный Свод практических правил распространяется на:

a) всех работодателей и работников (в том числе и на подавших заявление о приеме на работу) в государственном и частном секторах; и

b) все формальные и неформальные формы труда.

3.2. Термины, используемые в Своде практических правил

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека. Вирус, ослабляющий иммунную систему и, в конечном итоге, приводящий к заболеванию СПИДом.

Пострадавшие лица – лица, жизнь которых изменилась в той или иной степени из-за воздействия ВИЧ/СПИДа в связи с распространением эпидемии.

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита. Сочетание медицинских симптомов, свидетельствующих о развитии инфекционных и онкологических заболеваний, в настоящее время неизлечимых.

Дискриминация – в данном Своде практических правил термин используется в соответствии с определением, данным в Конвенции МОТ 1958 года о дискриминации в области труда

и занятий (111), с включением в него положения о ВИЧ-инфекции. Этот термин также определяет дискриминацию в связи с приписываемым статусом ВИЧ-инфицированного, а также в связи с сексуальной ориентацией.

Лица с физическими или умственными недостатками (инвалиды). Термин используется в соответствии с определением, данным в Конвенции МОТ 1983 года о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (159), применительно к лицам, у которых значительно ограничены возможности получения и сохранения работы, а также продвижения по службе в связи с официально признанными физическими или умственными недостатками.

Работодатель – лицо или организация, нанимающие работников в соответствии с письменным или устным трудовым договором (контрактом), определяющим права и обязанности сторон согласно национальному законодательству и установленной практике. Работодателями могут быть правительства, государственные органы власти, частные предприятия и лица.

Службы охраны труда (СОТ) – термин употребляется в данном Своде практических правил в соответствии с определением, данным в Конвенции МОТ 1985 года о службах гигиены труда (161). В частности, под ними подразумевают службы, выполняющие преимущественно профилактическую функцию и отвечающие за консультирование работодателей, работников и их представителей в связи с требованием по созданию и поддержанию безопасных и здоровых условий труда и использованию производственных технологий, обеспечивающих оптимальное физическое и умственное здоровье на работе. СОТ также дают консультации по вопросам адаптации трудового процесса к возможностям работника в плане его физического и умственного здоровья.

Разумная адаптация – любое разумно осуществимое изменение или приспособление к работе или рабочему месту, позволяющие человеку, живущему с ВИЧ/СПИДом, получить работу, осуществлять трудовую деятельность или продвигаться по службе.

Скрининг – процедура установления заболевания: прямая (анализ на ВИЧ), или косвенная (оценка рискованных видов поведения), или с помощью вопросника о уже проведенных анализах, медицинском лечении.

Половые и гендерные различия. Существуют как биологические, так и социальные различия между мужчинами и женщинами. Термин «пол» относится к биологическим различиям, а термин «гендер» – к различиям в социальных ролях и отношениях между мужчинами и женщинами. Гендерные роли усваиваются благодаря социализации и имеют большие различия как в рамках одной культуры, так и множества культур. Гендерные роли определяются возрастом, принадлежностью к определенному классу, расе, этнической группе, религии, а также географическими, экономическими и политическими факторами.

ИППП – инфекция, передаваемая половым путем, в том числе сифилис, шанкр, хламидии, гонорея. Сюда же относятся случаи, так называемых, ЗППП – заболеваний, передаваемых половым путем.

Прекращение трудовых отношений используется в том же смысле, что и в Конвенции МОТ 1982 года о прекращении трудовых отношений (158), то есть как увольнение по инициативе работодателя.

Общие меры предосторожности – простые меры по защите от инфекции, используемые для того, чтобы свести к минимуму риск заражения гемоконтактными инфекциями (более подробно рассматриваются в Приложении II).

Трудящиеся, занятые неформальной деятельностью (неформальный сектор) – см. объяснение в Приложении I.

Представители работников – в соответствии с Конвенцией МОТ 1971 года о представителях трудящихся (135) – это лица, признанные таковыми национальным законодательством или практикой, а именно:

a) представители профсоюзов, то есть представители, назначенные или избранные профсоюзами или членами профсоюзов; или

b) избранные представители, то есть представители, избранные в результате свободного волеизъявления работниками предприятия в соответствии с положениями национального

законодательства, действующими нормативами или коллективными договорами, в обязанности которых не входит деятельность, признаваемая в данной стране исключительной прерогативой профсоюзов.

Уязвимость – ограниченность социально-экономических возможностей в такой культурной среде и таких трудовых ситуациях, при которых для работников возникает риск инфицирования, а для детей – повышенный риск привлечения их к детскому труду (см. Приложение I).

4. Основные принципы

4.1. Признание ВИЧ/СПИДа проблемой, связанной с рабочим местом

ВИЧ/СПИД является проблемой, связанной с рабочим местом, и к ней следует относиться как к любому другому серьезному заболеванию или ситуации на рабочем месте. Это необходимо не только потому, что заболевание касается трудовых ресурсов, но также и потому, что рабочее место, являясь частью ячейки общества, призвано играть определенную роль в общей борьбе с эпидемией и ее последствиями.

4.2. Недопущение дискриминации

Следуя принципам предоставления достойной работы и уважения прав человека и достоинства людей, инфицированных ВИЧ или пострадавших от ВИЧ/СПИДа, не должно быть никакой дискриминации по отношению к работникам в связи с действительным или приписываемым наличием ВИЧ-инфекции. Дискриминация и стигматизация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, препятствуют проведению мер по профилактике ВИЧ/СПИДа.

4.3. Гендерное равенство

Следует признать важность учета гендерного аспекта ВИЧ/СПИДа. Женщины, в силу биологических, социально-культурных и экономических причин, скорее могут стать жертвами инфекции и в большей степени пострадать от эпидемии ВИЧ/СПИДа, чем мужчины. Чем значительнее гендерная дискриминация в обществе, чем ниже социальное положение женщины, тем сильнее она подвержена ВИЧ-инфицированию. Поэтому крайне необходимы равноправные гендерные отношения и усиление положения женщин в обществе, что будет способствовать возникновению более широких возможностей для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и позволит женщинам лучше бороться с ВИЧ/СПИДом.

4.4. Безопасная производственная среда

Для предотвращения распространения ВИЧ все заинтересованные стороны должны участвовать в обеспечении оптимальных условий труда, безопасных для здоровья, в соответствии с положениями Конвенции МОТ 1981 года о безопасности и гигиене труда (155).

Условия труда, безопасные для здоровья, предполагают сохранение оптимального физического и умственного здоровья на работе и адаптацию работы к возможностям работников в плане состояния их физического и умственного здоровья.

4.5. Социальный диалог

Успешное проведение политики и осуществление программ по ВИЧ/СПИДу требуют совместных действий и доверия между работодателями, работниками, их представителями и в необходимых случаях правительствами, при активном вовлечении в этот процесс работников, инфицированных ВИЧ и пострадавших от ВИЧ/СПИДа.

4.6. Скрининг с целью исключения из сферы занятости или трудового процесса

Подавшие заявление о приеме на работу или уже работающие не должны в обязательном порядке подвергаться скринингу – обследованию на ВИЧ/СПИД.

4.7. Конфиденциальность

Ни при каких обстоятельствах нельзя требовать от подавших заявление о приеме на работу или работников предоставления личных сведений, касающихся ВИЧ. Также нельзя обязывать работников сообщать такие сведения о коллегах по работе. Доступ к личной информации о состоянии работника по поводу наличия или отсутствия у него ВИЧ-инфекции должен определяться правилами конфиденциальности в соответствии со Сводом практических правил МОТ о защите личной информации о работниках от 1997 года.

4.8. Продолжение трудовых отношений

ВИЧ-инфекция не является основанием для прекращения трудовых отношений. Как и при других обстоятельствах, работники с заболеваниями, связанными со СПИДом, должны иметь возможность продолжать выполнять доступную и подходящую работу, не противопоказанную им по медицинским соображениям.

4.9. Профилактика

ВИЧ-инфекцию можно предотвратить. Профилактика всех путей передачи вируса достигается с помощью ряда различных стратегий, соответственно адаптированных к национальным условиям с учетом культурных особенностей.

Действенность профилактических мер можно усилить, используя соответствующие изменения поведения, просвещение, лечение и создав обстановку, исключающую дискриминацию.

Социальные партнеры имеют уникальную возможность способствовать проведению профилактических мероприятий, особенно в плане изменения отношения к больным и поведенческих аспектов, путем предоставления информации и просвещения, а также решая социально-экономические задачи.

4.10. Уход и поддержка

В сфере труда ответом на угрозу ВИЧ/СПИДа должны стать солидарность, уход и поддержка. Все работники, включая ВИЧ-инфицированных, должны быть обеспечены доступной медицинской помощью. Не должно быть никакой дискриминации в вопросе обеспечения таких работников и их иждивенцев пособиями в рамках установленных законом программ социального обеспечения и охраны здоровья на производстве.

5. Общие права и обязанности

5.1. Правительства и компетентные органы

a) *Согласованность.* Правительства должны обеспечить согласованность национальных программ и стратегий в отношении ВИЧ/СПИДа. При этом в национальных планах необходимо учитывать важность сферы труда. Например, через обеспечение участия в составе национальных советов по СПИДу представителей работодателей, работников, людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также министерств, занимающихся трудовыми и социальными вопросами.

b) *Межотраслевое участие.* Компетентные органы должны мобилизовать и обеспечить всестороннюю поддержку мер защиты от ВИЧ-инфекции и ее профилактики, привлекая государственные учреждения, частный сектор, объединения работников и работодателей, а также все заинтересованные стороны с целью обеспечения участия максимального числа партнеров из сферы труда.

c) *Координация.* Правительства должны способствовать проведению и координации всех мероприятий на национальном уровне, создающих благоприятную обстановку для сферы труда, вносить свой вклад, максимально используя присутствие социальных партнеров и других участников. При этом координация должна опираться на уже существующие службы.

d) *Профилактика и пропаганда здорового образа жизни.* Компетентные органы должны способствовать совместной работе с другими социальными партнерами и осуществлять ее для продвижения просветительских и профилактических программ, особенно на рабочих местах.

e) *Медицинские рекомендации.* В тех странах, где работодатели несут основную ответственность за непосредственное предоставление своим работникам услуг по охране здоровья, правительства должны выработать рекомендации для оказания помощи работодателям в деле организации ухода и медицинского обслуживания работников, живущих с ВИЧ/СПИДом. В подобных рекомендациях следует учитывать работу уже существующих служб.

f) *Социальная защита.* Правительства должны обеспечить для работников, ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом, не менее льготные пособия, чем те, которые в соответствии с национальным законодательством и действующими нормативами распространяются на работников с другими серьезными заболеваниями. При разработке и осуществлении программ по социальному обеспечению правительства должны принимать во внимание прогрессирующий и прерывистый характер протекания этого заболевания и строить их соответствующим образом. Так, например, пособия следует выплачивать по мере необходимости, а все запросы рассматривать в максимально сжатые сроки.

g) *Научные исследования.* Для придания согласованного характера национальным планам борьбы со СПИДом, мобилизации социальных партнеров, оценки издержек эпидемии для рабочих мест, системы социального обеспечения и экономики, для более успешного планирования мер по смягчению ее социально-экономических последствий компетентным органам следует проводить, поддерживать и осуществлять публикацию демографических прогнозов и исследований по частоте и распространению заболевания, а также данных по имеющемуся передовому опыту. Для достижения указанных целей правительствам необходимо стремиться к обеспечению соответствующих организационных и нормативных рамок. Исследования должны содержать гендерно-ориентированный анализ данных, полученных от работодателей и их организаций, а также от организаций работников. Сбор данных должен, по возможности, проводиться по отдельным отраслям и социальным группам с разбивкой по полу, расе, сексуальной ориентации, возрасту, занятости, профессиональному статусу, принимая во внимание культурные аспекты. Целесообразно создание механизмов постоянной оценки последствий развития эпидемии.

h) *Финансирование.* Правительства по консультации с социальными партнерами и другими заинтересованными лицами должны давать оценку финансовым последствиям распространения ВИЧ/СПИДа и мобилизовать местные и международные источники финансирования национальных стратегических планов борьбы со СПИДом, включая, там где это необходимо, и системы социального обеспечения.

i) *Законодательство.* Для устранения дискриминации на рабочем месте и обеспечения социальной защиты и профилактики заболевания правительства должны по консультации с социальными партнерами и экспертами в области ВИЧ/СПИДа создать соответствующие правовые рамки и, при необходимости, пересмотреть существующее трудовое и иное законодательство.

j) *Условия предоставления правительственной помощи.* Когда правительства выделяют стартовые фонды и предоставляют льготы для национальных и международных компаний, они должны требовать от получателей этой помощи соблюдения национального законодательства и выполнения настоящего Свода практических правил, а также политики и нормативных актов, обеспечивающих осуществление его положений.

k) *Претворение в жизнь.* Компетентные органы должны предоставлять техническую информацию и рекомендации работодателям и работникам, касающиеся наиболее эффективных путей выполнения законодательства и действующих норм, регулирующих вопросы борьбы с ВИЧ/СПИДом и сферу труда. Они должны укреплять правоприменительные механизмы и процедуры, в том числе трудовые инспекции и трудовые суды.

l) *Трудящиеся, занятые неформальной деятельностью (неформальный сектор).* Правительства должны распространять и адаптировать свои программы профилактики ВИЧ/СПИДа на эту категорию трудящихся, включая вопросы их доходов и социальной

защиты. Также необходимо разрабатывать и развивать новые подходы к работе с неформальным сектором, сотрудничая при необходимости с местными органами самоуправления.

m) *Облегчение положения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.* Правительства должны способствовать оказанию помощи таким людям через государственные программы здравоохранения, системы социального обеспечения и/или иные соответствующие государственные инициативы. Правительства также должны стремиться к обеспечению для них доступа к лечению и, когда это целесообразно, к работе, действуя совместно с организациями работодателей и работников.

n) *Дети и молодежь.* Правительства должны обеспечить, чтобы в программы по искоренению детского труда включались вопросы последствий эпидемии для детей и молодежи, у которых один или оба родителя инфицированы ВИЧ, больны СПИДом или умерли в результате этого заболевания.

o) *Сотрудничество на региональном и международном уровнях.* Правительства должны поддерживать и развивать сотрудничество на региональном и международном уровнях, а также через межправительственные организации и все иные заинтересованные стороны с целью привлечения внимания международной общественности к проблеме ВИЧ/СПИДа и связанным с ней потребностям в сфере труда.

p) *Международная помощь.* Для поддержки национальных программ правительства должны при необходимости использовать международную помощь. Они должны поощрять инициативы, нацеленные на поддержку международных программ по снижению цен на антиретровирусные препараты и облегчению доступа к ним.

q) *Уязвимость.* Правительства должны принимать меры по выявлению групп работников, наименее защищенных от инфицирования, и осуществлять стратегии, нацеленные на преодоление факторов, определяющих уязвимость этих групп. Правительства также должны разрабатывать специальные программы профилактики для данных групп работников.

5.2. Работодатели и их организации

a) *Политика на рабочих местах.* Работодатели должны проводить с работниками и их представителями консультации для разработки и осуществления соответствующей политики на рабочих местах с целью предотвращения распространения инфекции и защиты всех категорий работников от дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом. В Приложении III приводится контрольный список мероприятий по планированию и осуществлению подобной политики.

b) *Национальные, отраслевые соглашения и коллективные договоры.* Работодатели обязаны соблюдать национальное законодательство и практику проведения переговоров с работниками и их представителями об условиях и сроках занятости в свете вопросов, связанных с ВИЧ/СПИДом, а также добиваться включения положений, касающихся защиты от ВИЧ/СПИДа и его профилактики, в национальные и отраслевые соглашения и коллективные договоры.

c) *Просвещение и обучение.* Работодатели и их организации по консультации с работниками и их представителями должны проводить и поддерживать на рабочих местах программы в целях информирования, просвещения и обучения работников по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа, ухода за больными и их поддержки, а также проведения предприятием политики по ВИЧ/СПИДу, включая меры по устранению дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных или пострадавших от ВИЧ/СПИДа, и реализацию специальных выплат и услуг, которые предусматриваются предприятием в пользу этих работников.

d) *Экономические последствия.* Работодатели, работники и их организации должны действовать совместно с целью выработки необходимых стратегий для проведения оценки и принятия соответствующих мер в ответ на экономические последствия эпидемии ВИЧ/СПИДа, возникающие на конкретных рабочих местах и в конкретных отраслях.

e) *Кадровая политика.* Работодатели не должны проводить или допускать проведения кадровой политики или принятия мер, которые носят дискриминационный характер по

отношению к работникам, инфицированным ВИЧ или пострадавшим от ВИЧ/СПИДа. В частности, работодатели обязаны:

– отказываться от требования проводить скрининг или анализ на ВИЧ/СПИД, если иное не предусмотрено в соответствии с разделом 8 данного документа;

– обеспечивать выполнение работы без дискриминации и стигматизации в связи с действительным или приписываемым ВИЧ-состоянием;

– поощрять ВИЧ-инфицированных и работников с заболеваниями, обусловленными СПИДом, для продолжения выполнения подходящей работы, не противопоказанной по медицинским соображениям;

– обеспечивать прекращение трудовых отношений в соответствии с антидискриминационным и трудовым законодательством при соблюдении необходимых процедур и с полной выплатой положенных сумм в тех случаях, когда состояние больного СПИДом работника становится слишком тяжелым для продолжения работы, и когда уже исчерпаны все остальные альтернативы, такие как продленный отпуск по болезни.

f) *Жалобы и дисциплинарные санкции.* Работодатели должны предусмотреть процедуры, которые могут использовать работники и их представители для подачи жалоб, связанных с их трудовой деятельностью. В них должно быть конкретно указано, при каких обстоятельствах можно применять дисциплинарные санкции в отношении любого работника, практикующего дискриминацию в связи с действительным или приписываемым ВИЧ-статусом или нарушающего политику рабочего места по ВИЧ/СПИДу.

g) *Конфиденциальность.* Вся информация о работниках, связанная с ВИЧ/СПИДом, должна быть строго конфиденциальной и храниться только в медицинских документах, доступ к которым регулируется в соответствии с Рекомендацией МОТ 1985 года о службах гигиены труда (171), а также с национальными законодательством и существующей практикой. Доступ к такой информации должен быть строго ограничен исключительно медицинским персоналом, а раскрытие такой информации возможно только в соответствии с законом или с согласия затрагиваемого лица.

h) *Снижение рисков и управление ими.* Работодатели обязаны обеспечить безопасные и здоровые условия труда, включая применение Общих мер предосторожности, и принять такие меры, как обеспечение и использование защитного оборудования и оказание первой помощи. Для поддержания благоприятных поведенческих изменений в среде работников работодатели должны, в случае необходимости, обеспечивать распространение мужских и женских презервативов, проведение консультаций, уход и поддержку для больных и работу справочной службы. В тех случаях, когда это затруднительно по причине значительных масштабов необходимых действий и высоких затрат, работодатели и/или их организации должны обращаться за помощью в правительство и другие компетентные органы.

i) *Рабочие места, где работники регулярно имеют контакты с человеческой кровью и другими жидкостями человеческого организма.* В таких случаях работодатель должен принять дополнительные меры по обязательному обучению всех работников Общим мерам предосторожности и выполнению ими действий при несчастных случаях на производстве, а также обеспечить их неукоснительное соблюдение. Для выполнения этих мер должны быть предусмотрены соответствующие ресурсы.

j) *Разумные изменения режима труда.* Работодатели, по консультации с работниками и их представителями, обязаны принимать меры по внесению в разумных пределах изменений в режим труда работников, подвергшихся заболеваниям, связанным со СПИДом. Такие меры могут касаться перераспределения рабочего времени, предоставления специального оборудования, установления перерывов для отдыха, предоставления свободного времени для посещения врача, гибкого графика предоставления отпуска по болезни, перевода на неполный рабочий день и согласованных условий возвращения на работу.

k) *Пропагандистская деятельность.* В лучших традициях корпоративности работодатели и их организации обязаны при необходимости способствовать тому, чтобы другие работодатели также вносили свой вклад в профилактику и управление вопросами ВИЧ/СПИДа

на рабочем месте. Они также должны добиваться от правительства принятия всех необходимых мер по предотвращению распространения ВИЧ/СПИДа и смягчению его последствий. Такие действия могут поддержать и другие партнерские группы, например, совместные советы работодателей и профсоюзов по ВИЧ/СПИДу.

l) *Поддержка конфиденциальных добровольных консультаций и анализов на ВИЧ-инфекцию.* Работодатели, работники и их представители должны способствовать развитию практики конфиденциальных добровольных консультаций и проведения анализов на ВИЧ-инфекцию в компетентных органах здравоохранения.

m) *Трудящиеся, занятые неформальной деятельностью (неформальный сектор).* Работодатели, действующие в неформальном секторе, должны изучать и, при необходимости, осуществлять программы профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа в интересах своих работников.

n) *Международное сотрудничество.* Работодатели и их организации должны, в надлежащих случаях, развивать международное сотрудничество в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом.

5.3. Работники и их организации

a) *Политика на рабочих местах.* Работники и их представители должны консультироваться со своими работодателями по вопросу осуществления на рабочем месте политики, нацеленной на предотвращение распространения инфекции и защиту всех работников от дискриминации, связанной с ВИЧ/СПИДом. В Приложении III приводится список контрольных вопросов для планирования и осуществления подобной политики.

b) *Национальные, отраслевые соглашения и коллективные договоры.* Работники и их организации должны соблюдать национальное законодательство и процедуры при проведении переговоров с работодателями об условиях и сроках занятости в свете вопросов, связанных с ВИЧ/СПИДом, а также добиваться включения положений по защите от ВИЧ/СПИДа и его профилактике в национальные и отраслевые соглашения и коллективные договоры.

c) *Просвещение и обучение.* Работники и их организации должны использовать существующие профсоюзные и прочие структуры и их возможности для распространения информации о ВИЧ/СПИДе на рабочих местах и разрабатывать учебные материалы и формы работы, наиболее приемлемые для работников и членов их семей, включая распространение постоянно обновляемой информации о правах работников и полагающихся им выплатах и услугах.

d) *Экономические последствия.* Работники и их организации должны сотрудничать с работодателями в деле выработки необходимых стратегий оценки и принятия соответствующих мер в ответ на экономические последствия распространения ВИЧ/СПИДа на конкретных рабочих местах и в конкретных отраслях.

e) *Пропагандистская деятельность.* Работники и их организации должны сотрудничать с работодателями, их организациями и правительством с целью распространения информации о средствах профилактики ВИЧ/СПИДа и организации борьбы с ним.

f) *Кадровая политика.* Работники и их представители должны оказывать поддержку и вдохновлять работодателей в деле разработки и осуществления кадровой политики и практической работы, исключающих дискриминацию работников, живущих с ВИЧ/СПИДом.

g) *Контроль за соблюдением законодательства.* Представители работников имеют право поднимать вопросы на рабочих местах с помощью жалоб и дисциплинарных процедур и/или докладывать обо всех случаях дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом в соответствующие правоохранительные органы.

h) *Обучение.* Организации работников должны создавать и проводить курсы обучения для своих представителей по вопросам, возникающим на рабочих местах в связи с эпидемией, по вопросам принятия ответных мер и по основным потребностям людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и лиц, осуществляющих за ними уход.

i) *Снижение рисков и контроль.* Работники и их организации должны пропагандировать и вместе с предпринимателями обеспечивать условия труда, безопасные для здоровья,

включая правильное применение и использование защитного оборудования и приемы оказания первой помощи. Работники и их организации должны проводить оценку безопасности условий труда и, при необходимости, добиваться осуществления целевых программ для работников.

j) *Конфиденциальность.* Работники имеют право доступа к своим личным делам и личной медицинской документации. Организации работников не должны иметь доступа к личной информации, касающейся наличия или отсутствия ВИЧ-инфекции у работника. Во всех случаях выполнения профсоюзных обязанностей и функций требуется соблюдение правил конфиденциальности и получение согласия затрагиваемого лица в соответствии с Рекомендацией МОТ 1985 года о службах гигиены труда (171).

k) *Трудящиеся, занятые неформальной деятельностью (неформальный сектор).* Работники и их организации вместе с другими партнерами должны, при необходимости, охватывать своей деятельностью данную категорию трудящихся и поддерживать новые инициативы, способствующие прекращению распространения ВИЧ/СПИДа и смягчению его последствий.

l) *Уязвимость.* Работники и их организации должны обеспечивать, чтобы факторы, повышающие риск инфицирования определенных групп трудящихся, рассматривались в консультации с работодателями.

m) *Поддержка конфиденциальных добровольных консультаций и анализов на наличие ВИЧ-инфекции.* Работники и их организации вместе с работодателями должны способствовать развитию практики конфиденциальных добровольных консультаций и проведения анализов на ВИЧ.

n) *Международное сотрудничество.* Организации работников должны использовать отраслевые, региональные и международные встречи для привлечения внимания мировой общественности к вопросу ВИЧ/СПИДа в сфере труда и включать этот вопрос в повестку дня кампаний в защиту прав трудящихся.

6. Профилактика через информирование и просвещение

Информационные и образовательные программы на рабочих местах являются важным средством борьбы с распространением эпидемии и создания атмосферы большей терпимости по отношению к работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом. Эффективное просвещение может научить работников защищать себя от ВИЧ-инфекции, что в значительной мере снизит связанные с ВИЧ-инфекцией беспокойство и стигматизацию, сведет к минимуму разлад на рабочем месте и вызовет необходимые благоприятные изменения в поведении и отношениях между людьми. Такие программы должны разрабатываться в консультации с правительствами, работодателями и работниками и их представителями, чтобы обеспечить поддержку на самом высоком уровне и максимально полно вовлечь все заинтересованные стороны. Информацию и образовательные материалы следует представлять в различных формах, не полагаясь исключительно на печатное слово и, при необходимости, прибегая к дистанционному обучению. Программы должны быть целевыми и разрабатываться применительно к конкретным возрастным и гендерным группам, сексуальной ориентации, отраслевым особенностям и поведенческим факторам риска рабочей силы, а также соответствующему культурному контексту. Преподавать должны люди, пользующиеся доверием и уважением. Особенно эффективным оказалось привлечение к разработке и осуществлению программ преподавателей из числа товарищей по работе, а также людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

6.1. Информационно-просветительские кампании

a) Информационные программы должны быть по возможности привязаны к более широким кампаниям борьбы с ВИЧ/СПИДом в рамках местной общины, отрасли, региона или страны. Эти программы должны основываться на точной и современной информации о том, каким образом передается и не передается ВИЧ-инфекция. Программы призваны развеять мифы вокруг ВИЧ/СПИДа, разъяснить, как уберечься от болезни, рассказать о

ее медицинских аспектах, воздействии СПИДа на людей, возможностях лечения, оказания помощи и обеспечения ухода.

b) Насколько это возможно, информационные программы, курсы и кампании должны включаться в существующую политику и программы развития и просвещения кадров, а также в стратегии техники безопасности, гигиены труда и устранения дискриминации.

6.2. Просветительские программы

a) Просветительские программы должны быть основаны на консультациях между работодателями и работниками и их представителями, а при необходимости – с правительствами и другими заинтересованными сторонами, имеющими опыт просветительской работы и проведения консультаций по вопросам ВИЧ/СПИДа, а также обеспечения ухода за больными СПИДом. Этот метод должен быть интерактивным с максимальным вовлечением слушателей.

b) Особое внимание следует уделить осуществлению просветительских программ в рабочее время, а также разработке учебных материалов, которые работники могут использовать вне работы. Там, где проводится курс обучения, посещение занятий должно считаться частью трудовых обязанностей.

c) Там, где это возможно и необходимо, программы должны:

- включать виды деятельности, помогающие обучаемым оценить свои собственные риски (как личные, так и групповые) и снизить их благодаря принятию конкретных решений, использованию навыков ведения переговоров и общения, а также через образовательные, профилактические и консультационные программы;
- уделять особое внимание моделям поведения, способствующим увеличению риска, и другим факторам, таким как производственная мобильность, которые подвергают определенные группы работников повышенному риску ВИЧ-инфицирования;
- информировать о возможности передачи ВИЧ через инъекции наркотиков и о том, как снизить риск такого заражения;
- развивать диалог с правительствами и организациями работодателей и работников соседних стран и на региональном уровне;
- способствовать распространению информации о ВИЧ/СПИДе через программы производственного обучения, осуществляемые правительствами и предприятиями совместно с организациями работников;
- способствовать осуществлению программ, нацеленных на молодежь и женщин;
- уделять особое внимание вопросу уязвимости женщин от ВИЧ, а также реализации стратегий, понижающих степень их уязвимости (см. раздел 6.3);
- разъяснять, что ВИЧ не передается через бытовые контакты, что не надо избегать или дискредитировать лиц, живущих с ВИЧ, а, напротив, им следует помогать в том числе и в организации режима труда на рабочем месте;
- разъяснять, что вирус ослабляет организм человека, и что все работники должны проявлять сочувствие и терпимость к работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом;
- давать работникам возможность высказывать свои чувства и отношение к ВИЧ/СПИДу и обсуждать эту проблему;
- инструктировать работников (особенно работников здравоохранения) о применении Общих мер предосторожности и информировать их о том, что следует предпринимать в случае контакта с вирусом;
- просвещать по вопросам профилактики и лечения ИППП и туберкулеза не только в связи с сопутствующим риском инфицирования ВИЧ, но также потому, что данные заболевания поддаются лечению, что, в целом, положительно сказывается на состоянии здоровья и иммунитета работников;
- пропагандировать личную гигиену и здоровую систему питания;

– пропагандировать безопасный секс, включая инструкции по использованию мужских и женских презервативов;

– способствовать просвещению с помощью товарищей по работе и через неформальные формы обучения;

– предусматривать мониторинг, оценку, анализ и пересмотр своих положений по мере необходимости.

6.3. Гендерно-ориентированные программы

a) Все программы должны учитывать гендерные аспекты наряду с аспектами, относящимися к расовой принадлежности и сексуальной ориентации. Сюда входит непосредственное ориентирование программ на смешанную женскую и мужскую аудиторию или проведение отдельных программ для женщин и мужчин с учетом наличия различных типов и степеней риска для трудящихся женщин и мужчин.

b) Информация для женщин должна развивать чувство осторожности и объяснять существование повышенного риска инфицирования, особенно для молодых женщин.

c) Просвещение призвано помочь женщинам и мужчинам осознать неравенство в соотношении сил, существующее между ними в трудовых и личных отношениях, и способствовать выработке соответствующего поведения; отдельно следует рассматривать случаи сексуального домогательства и насилия.

d) Программы должны помочь женщинам понять свои права как на рабочем месте, так и вне его, и вооружить их средствами защиты.

e) Программы просвещения для мужчин должны выработать у них осознание серьезности вопроса, умение оценивать риски и повышать ответственность мужчин в плане профилактики ВИЧ/СПИДа.

f) Соответствующие целевые профилактические программы необходимо разрабатывать также и для мужчин-гомосексуалистов по консультации с этой группой работников и их представителями.

6.4. Связь с программами пропаганды здорового образа жизни

Просветительские программы должны быть связаны, по мере возможности, с программами пропаганды здорового образа жизни, осуществляемыми на рабочем месте, и затрагивающими такие вопросы, как злоупотребление алкоголем и наркомания, стрессы и репродуктивное здоровье. Существующие производственные советы и комитеты по охране и безопасности труда обеспечивают подготовку просветительских кампаний и программ обучения по теме ВИЧ/СПИД. Такая связь должна демонстрировать высокий риск инфицирования при использовании зараженных шприцев для внутривенных инъекций наркотиков. Она также должна показать, как алкогольное или наркотическое опьянение может породить поведение, повышающее риск ВИЧ-инфицирования.

6.5. Практические шаги в поддержку поведенческих перемен

a) Работники должны получать взвешенную, точную и современную информацию о стратегиях снижения степени риска и, при необходимости, снабжаться мужскими и женскими презервативами.

b) В случаях ИППП и туберкулеза следует, при необходимости, обеспечивать работников своевременной и эффективной диагностикой, лечением и уходом, а также проводить программы распространения стерильных игл и обмена шприцев или распространять информацию о том, где и как можно получить подобную помощь.

c) Для работниц, испытывающих материальные затруднения, просвещение должно включать стратегии компенсирования низкого заработка, например, через предоставление информации о возможности получения дополнительной оплачиваемой деятельности, снижения налогов, а также получения прибавки к зарплате.

6.6. Программы работы на местном уровне

Работодатели, работники и их представители должны способствовать осуществлению и продвижению просветительских программ по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа на местном уровне, особенно в школах. Следует поощрять участие людей в реализации программ с целью обеспечения возможности для них выразить свою точку зрения и улучшить положение работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, снижая тем самым изоляцию и остракизм, которым они подвергаются. Подобные программы должны проводиться в партнерстве с национальными или местными органами.

7. Обучение

Обучение должно иметь целенаправленный характер и быть адаптированным к различным группам слушателей. Могут создаваться группы управленческого персонала, руководителей и сотрудников отделов кадров, работников и их представителей, преподавателей для преподавателей (женщины и мужчины), преподавателей – товарищей по работе, сотрудников органов техники безопасности и гигиены труда, сотрудников инспекций труда/предприятий. Для снижения затрат следует искать и применять новаторские подходы. Например, предприятия могут получить дополнительную помощь от национальных программ борьбы со СПИДом и других заинтересованных сторон в виде инструкторов или оплаты подготовки своих собственных инструкторов в рамках данных программ. Учебные материалы могут быть самыми различными, в зависимости от имеющихся ресурсов. Они могут быть адаптированы к местным обычаям и различиям в положении мужчин и женщин. Преподаватели также должны быть подготовлены для преодоления предрассудков в отношении меньшинств, особенно в связи с этническим происхождением и сексуальной ориентацией. Они должны использовать в работе анализ конкретных случаев и имеющиеся материалы по передовому опыту. Лучшими преподавателями часто бывают сами сотрудники, поэтому на всех уровнях рекомендуется привлекать к обучению коллег по работе. Подобное обучение должно войти в годовой план обучения на рабочем месте, который следует составлять, консультируясь с представителями работников.

7.1. Обучение для управленческого состава, руководителей и сотрудников отделов кадров

В дополнение к участию в информационно-просветительских программах, нацеленных на всех работников, управленческий и руководящий персонал должен также пройти обучение с целью повышения профессионального уровня, чтобы:

- разъяснять вопросы, касающиеся политики в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте;
- быть информированным о ВИЧ/СПИДе настолько, чтобы помогать другим сотрудникам преодолевать неправильные представления о распространении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте;
- объяснять необходимость разумной адаптации режима работы для работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, с целью максимального продления срока их занятости;
- определять и пресекать такое поведение или действия на рабочем месте, которые способствуют дискриминации или отчуждению работников, живущих с ВИЧ/СПИДом;
- давать консультации об имеющихся службах здравоохранения и социальных пособиях.

7.2. Обучение преподавателей для товарищей по работе

Такие преподаватели должны получить специальную подготовку с тем, чтобы:

- иметь достаточно знаний о содержании и методах профилактики ВИЧ/СПИДа, чтобы частично или полностью доводить эту информацию и просветительскую программу до слушателей на рабочем месте;
- при разработке программ и в процессе обучения осторожно и внимательно относиться к вопросам расы, сексуальной ориентации, гендерным и культурным аспектам;

– присоединяться к другим мероприятиям или включаться в осуществляемые на рабочих местах программы, касающиеся, например, сексуальных домогательств или положения инвалидов на рабочем месте;

– помогать товарищам по работе выявлять такие факторы в жизни, которые увеличивают риск инфицирования;

– быть в состоянии консультировать работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, по вопросам их физического состояния и связанных с этим возможных последствий.

7.3. Обучение представителей работников

Пройдя курс обучения в рамках оплачиваемого рабочего времени, представители работников должны научиться:

– разъяснять вопросы, касающиеся политики в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте;

– обучать других работников в рамках программ подготовки обучающих;

– определять такое поведение или действия на рабочем месте, которые способствуют дискриминации или отчуждению работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, и активно бороться с подобными явлениями;

– помогать работникам, больным заболеваниями, связанными со СПИДом, и представлять их интересы в тех случаях, когда требуется разумная реорганизация режима их труда;

– консультировать работников для определения и уменьшения факторов риска в личной жизни;

– быть хорошо информированными о ВИЧ/СПИДе с тем, чтобы просвещать работников о распространении заболевания;

– обеспечивать конфиденциальность любой полученной ими в ходе выполнения своих обязанностей информации о работниках, живущих с ВИЧ/СПИДом.

7.4. Подготовка сотрудников служб охраны и безопасности труда

В дополнение к информационно-просветительским программам, нацеленным на все категории работников, сотрудники служб безопасности и охраны труда должны также пройти специальное обучение, чтобы:

– быть достаточно информированными о содержании и методах профилактики ВИЧ/СПИДа для того, чтобы осуществлять информационно-просветительские программы для работников;

– уметь оценивать условия труда и определять то, что следует в них изменить или усовершенствовать для снижения уязвимости работников, живущих с ВИЧ/СПИДом;

– проверять, обеспечивает ли работодатель здоровые и безопасные условия труда, а также быть в состоянии оказать в случае необходимости первую медицинскую помощь;

– обеспечивать полную конфиденциальность в отношении любой информации, касающейся ВИЧ/СПИДа, если таковая имеется, а также иной относящейся к работникам медицинской информации; ее раскрытие возможно только в соответствии со Сводом практических правил МОТ о защите личных данных работников;

– консультировать работников по поводу определения и уменьшения факторов риска в личной жизни;

– направлять работников в медицинские службы на предприятии или вовне, которые могли бы эффективно оказать требуемую помощь.

7.5. Обучение инспекторов труда на уровне предприятий

Компетентные органы должны предоставлять в распоряжение инспекторов предприятий или инспекторов труда достаточно средств для выполнения надзорных, правоприменительных

и консультативных функций, в частности в отношении профилактики ВИЧ/СПИДа на предприятиях. Для этого они должны пройти специальную подготовку по профилактике ВИЧ/СПИДа и стратегии защиты на рабочих местах. Такое обучение должно охватывать следующие вопросы:

– информирование о соответствующих международных нормах, особенно о Конвенции МОТ 1958 года о дискриминации в области труда и занятий (111), и о национальном законодательстве и нормативах;
– методы доведения информации о ВИЧ/СПИДе до работников и руководства предприятий;
– включение тематики по ВИЧ/СПИДу в обычные инструктажи по технике безопасности и охране труда и здоровья, а также в обучение на рабочем месте;
– оказание помощи работникам в получении существующих пособий (как заполнить заявку на получение пособия) и осуществлении своих законных прав;
– определение случаев нарушения или несоблюдения прав трудящихся в отношении статуса ВИЧ-инфицированного;
– приобретение навыков сбора и анализа данных, относящихся к ВИЧ/СПИДу на рабочих местах, когда это необходимо для проведения эпидемиологических или социальных исследований, осуществляемых в соответствии с данным Сводом практических правил.

7.6. Обучение работников, имеющих контакт с кровью и другими жидкостями человеческого организма

Все работники должны быть обучены процедурам инфекционного контроля при несчастных случаях на производстве и оказании первой помощи. Такие программы должны включать подготовку:

– по оказанию первой помощи;
– по Общим мерам предосторожности для снижения риска контакта с кровью и другими жидкостями человеческого организма (см. Приложение II);
– по использованию защитного оборудования;
– по проведению надлежащих процедур в случае контакта с кровью и другими жидкостями человеческого организма;
– относительно права на компенсацию при несчастном случае на производстве, при этом необходимо подчеркивать, что соблюдение мер предосторожности не обязательно связано с действительным или приписываемым ВИЧ-статусом.

8. Анализы

Анализ на ВИЧ не должен проводиться на рабочих местах за исключением случаев, оговоренных в данном Своде практических правил. Такой анализ не является обязательным, он нарушает права человека и унижает достоинство работников: результаты анализа могут получить огласку и использоваться не по назначению, а согласие работников на проведение анализа может оказаться не полностью добровольным или же основываться на недостаточном знании фактов и последствий проведения анализа. Даже за пределами рабочих мест конфиденциальный анализ на ВИЧ должен проводиться по добровольному согласию после получения работником полной информации. Он осуществляется исключительно компетентным персоналом в условиях строжайшей конфиденциальности.

8.1. Прием на работу и занятость

Анализ на ВИЧ не может быть обязательным условием при найме на работу или для продолжения трудовых отношений. Никакой обычный медицинский осмотр, например, проверка физической пригодности по состоянию здоровья, проводимая до начала работы по найму, или регулярный медицинский осмотр работников не должен включать обязательного анализа на ВИЧ.

8.2. Страхование

a) Анализ на ВИЧ не может быть обязательным условием для включения работника в национальную систему социального страхования, общую политику страхования, отраслевые системы социального страхования и системы страхования здоровья.

b) страховые компании не должны требовать предоставления анализа на ВИЧ перед дачей согласия застраховать данное рабочее место. Они могут рассчитывать свои затраты и доходы, а также страховые начисления на основе общих эпидемиологических данных по всему населению в целом.

c) Работодатели не должны способствовать проведению анализа для целей страхования, а вся информация, которой они уже владеют, должна оставаться конфиденциальной.

8.3. Эпидемиологический надзор

Анонимное выборочное наблюдение или анализ на ВИЧ в эпидемиологических целях на рабочих местах возможны при условии, что их проводят в соответствии с этическими принципами научного исследования, профессиональной этики и обеспечивают защиту личных прав и конфиденциальность. В случае проведения таких исследований должны быть заблаговременно проведены консультации с работниками и работодателями. Полученная информация не может быть использована для дискриминации отдельных лиц или групп. Анализ не будет считаться анонимным, если существует реальная возможность того, что по его результатам можно установить ВИЧ-статус тестируемого.

8.4. Добровольная сдача анализа

Могут возникнуть ситуации, когда работники по своей собственной инициативе сдают анализы на ВИЧ, в том числе и в рамках добровольных программ медицинских обследований. Добровольные анализы обычно должны проводиться местными органами здравоохранения на рабочих местах. Там, где существуют соответствующие медицинские службы, по просьбе работника и с его письменного согласия на основе полученной информации может проводиться добровольное обследование на ВИЧ. При необходимости проводится также консультация с представителем работников. Обследование должно проводиться силами квалифицированного персонала, соблюдающего требования строгой конфиденциальности и неразглашения информации. Гендерно-сензитивные консультации до и после проведения анализа на ВИЧ/СПИД, раскрывающие его природу и цели, преимущества и недостатки, а также последствия его результатов для работника, должны стать важнейшей частью любой процедуры проведения обследований.

8.5. Анализы и лечение после контакта с инфекцией на производстве

a) Там, где на рабочем месте существует опасность контакта с кровью, другими жидкостями и тканями человеческого организма, должны быть предусмотрены соответствующие процедуры, чтобы справиться с последствиями таких контактов и несчастных случаев на производстве.

b) В случае возникновения на рабочем месте опасности контакта с потенциально инфицированным материалом (кровь, жидкость, ткани человеческого организма) работник должен немедленно получить консультацию по поводу медицинских последствий контакта, необходимых действий в данной ситуации и целесообразности проведения анализа на ВИЧ и возможности пройти профилактический курс лечения в связи с контактом. При этом работник должен быть направлен в соответствующее медицинское учреждение. По результатам оценки риска контакта работника следует проконсультировать по поводу его законных прав, в том числе и на получение компенсации, и выполнения требуемых для этого процедур.

9. Поддержка инфицированных и уход за ними

Солидарность, забота и поддержка являются основополагающими моментами в реагировании на ВИЧ/СПИД на рабочем месте. Следует создать механизмы, обеспечивающие открытость, доброжелательность и поддержку для тех работников, которые сообщили о своем ВИЧ-состоянии, и оградить их от дискриминации и стигматизации. Для уменьшения последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа на рабочих местах следует обеспечить проведение консультаций и других форм социальной поддержки ВИЧ-инфицированных, больных СПИДом работников и пострадавших от него. На тех предприятиях, где существуют медицинские службы, необходимо обеспечить оказание соответствующей медицинской помощи. Там, где такое невозможно, работников следует информировать о наличии лечебных учреждений за пределами предприятия. Связи с такими учреждениями имеют свои преимущества и позволяют охватить медицинской помощью членов семей работников, а главное, их детей. Партнерские отношения между правительствами, работодателями, работниками и их организациями, а также другими заинтересованными лицами обеспечивают эффективное обслуживание и позволяют сэкономить средства.

9.1. ВИЧ/СПИД и другие серьезные заболевания

a) ВИЧ-инфекция и ее клиническая стадия (СПИД) должны рассматриваться на производстве так же, как и другие серьезные заболевания или состояния.

b) К работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом, следует относиться так же, как к другим тяжело больным в плане предоставления пособий, компенсаций и организации режима труда.

c) Пока работники в состоянии (с медицинской точки зрения) выполнять показанные им производственные функции, они должны пользоваться обычной системой страхования и иметь полную возможность для перевода на другие должности и повышения по службе.

9.2. Консультации

a) Работодатели должны поощрять работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, на получение консультаций и помощи за пределами предприятия или в службах безопасности и гигиены труда (при наличии таковых на производстве) или иных структурах, если они могут предоставить специализированную конфиденциальную помощь.

b) В этих целях работодатель должен предусмотреть следующее:

– найти профессионалов, группы самопомощи и службы, действующие на местном уровне или в регионе и специализирующиеся на консультациях по ВИЧ/СПИДу и его лечении;

– найти действующие на местном уровне медицинские или немедицинские организации, которые могут оказаться полезными для работников, живущих с ВИЧ/СПИДом;

– рекомендовать работнику обратиться к своему врачу или в специальное медицинское учреждение для проведения первичной оценки состояния и лечения, если таковое еще не проводится, или помочь работнику найти специальное медицинское учреждение, если тот его еще не нашел.

c) Работодатели должны предоставлять работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом, достаточно свободного времени для посещения консультаций и лечения в соответствии с минимальными национальными нормами.

d) Консультации должны предоставляться работникам бесплатно и с учетом различия потребностей у мужчин и женщин. Для оказания такой поддержки целесообразно установить сотрудничество с правительством, работниками и их организациями и другими заинтересованными сторонами.

e) Представители работников должны при необходимости оказывать работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом, помощь в получении профессиональных консультаций.

f) Консультационные службы должны информировать работников об их правах, в том числе и на пособия по действующим в соответствии с законом программам социального обеспечения и профессиональными схемами, а также о любых иных программах жизнеобеспечения, которые могут помочь работникам справиться с последствиями ВИЧ/СПИДа.

g) В случае производственного контакта с ВИЧ-инфекцией работодатели должны предоставлять работникам достаточно времени для посещения консультаций с сохранением заработной платы.

9.3. Службы охраны труда и другие службы здравоохранения

a) Некоторые работодатели могут оказать помощь своим работникам, предоставляя им антиретровирусные препараты. Там, где на предприятии существуют медицинские службы, работодатели вместе с правительством и другими заинтересованными сторонами должны предоставлять работникам самый широкий спектр медицинских услуг для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа и помогать работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом.

b) Такие службы могут осуществлять снабжение антиретровирусными препаратами, лечение ВИЧ-инфекции, консультации по поводу системы питания и использования необходимых пищевых добавок, снятие стресса и лечение наиболее распространенных инфекций, связанных с ослаблением иммунитета, включая ИППП и туберкулез.

9.4. Связь с группами самопомощи и службами, действующими на местном уровне

При необходимости, работодатели, организации работников и персонал служб безопасности и гигиены труда должны способствовать созданию групп самопомощи на предприятиях и обеспечивать работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом, возможность обращаться в группы самопомощи и организации поддержки на местном уровне.

9.5. Пособия и услуги

a) Правительства по консультации с социальными партнерами и в соответствии с национальным законодательством и нормами должны предоставлять работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом, пособия не ниже тех, что и лицам с другими тяжелыми заболеваниями. Они также должны изучить сообразность новых видов пособий, обращая особое внимание на прогрессирующий и прерывистый характер течения заболевания.

b) Работодатели и организации работодателей и работников совместно с правительством должны приводить существующие механизмы назначения пособий в соответствие с потребностями работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, включая субвенции для заработной платы.

9.6. Охват социальным обеспечением

a) Правительства и организации работодателей и работников должны принимать все необходимые меры, чтобы ВИЧ-инфицированные работники и члены их семей могли в полной мере пользоваться всеми средствами защиты и пособиями в соответствии с программами социального обеспечения и профессиональными схемами. Это также относится к работникам и их семьям, принадлежащим к профессиональным и социальным группам с высокой степенью риска ВИЧ-инфицирования.

b) Такие программы и схемы должны обеспечивать работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, такими же льготами, что и лиц с другими серьезными заболеваниями.

9.7. Личная жизнь и конфиденциальность

a) Правительства, частные страховые компании и работодатели должны обеспечивать, чтобы информация по проведению консультаций, лечению, уходу и назначению пособий оставалась строго конфиденциальной, так же, как и касающиеся работников медицинские

данные, и использовалась только в соответствии с Рекомендацией МОТ 1985 года о службах гигиены труда (171).

b) Третьи стороны, в частности, доверенные лица и руководители программ социального обеспечения и систем социального страхования, должны сохранять конфиденциальность всей информации, относящейся к ВИЧ/СПИДу, так же, как и медицинской информации о работниках, в соответствии со Сводом практических правил МОТ о защите личной информации, касающейся работников.

9.8. Программы помощи работникам и членам их семей

a) С учетом характера эпидемии может возникнуть необходимость осуществления новых программ помощи работникам или расширения уже действующих для предоставления услуг работникам как членам семей и поддержания членов их семей. Такую работу следует проводить по консультации с работниками и их представителями и в сотрудничестве с правительством и другими заинтересованными сторонами в соответствии с потребностями и возможностями.

b) Такие программы должны учитывать, что основное бремя ухода за страдающими заболеваниями, связанными со СПИДом, ложится на женщин. Следует принять во внимание особые потребности беременных женщин. Программы должны отвечать потребностям детей, потерявших из-за СПИДа одного или обоих родителей, и в связи с этим, возможно, бросивших школу, вынужденных пойти на работу и ставших незащищенными по отношению к сексуальной эксплуатации. Такие программы могут осуществляться внутри предприятия или совместно силами нескольких предприятий; или на подрядной основе услуги можно заказать у независимой компании.

c) Программа помощи семье может включать:

- отпуск по семейным обстоятельствам;
- приглашение участвовать в информационно-просветительских программах;
- обращения к группам поддержки, в том числе группам самоподдержки;
- помощь семьям работников в получении альтернативной работы для самих работников или членов их семей при условии, что работа не помешает учебе в школе (для детей);
- конкретные меры, такие как поддержка в получении обязательного образования, профессиональной подготовки и ученичества, по удовлетворению потребностей детей и молодежи, оставшихся без одного или обоих родителей из-за СПИДа;
- координацию действий со всеми заинтересованными сторонами и организациями на местном уровне, включая школы, посещаемые детьми работников;
- прямую или косвенную финансовую помощь;
- средства для преодоления финансовых трудностей, связанных с заболеванием и потребностями иждивенцев, заболевшего кормильца;
- правовое информирование, консультации и помощь;
- помощь в разъяснении правовых аспектов, связанных с заболеванием и смертью, таких как решение финансовых вопросов, имеющих отношение к заболеванию, подготовку завещаний и передачи наследства;
- помощь семьям в вопросах, касающихся программ социального обеспечения и профессиональных схем;
- обеспечение выплаты причитающихся работнику авансовых сумм;
- направление семей в соответствующие юридические или медицинские органы или предоставление им списка рекомендованных учреждений.

Приложение I

Общая информация об эпидемии и ее последствиях

Информация о ВИЧ и СПИДе

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вызывающий СПИД, передается через жидкости организма человека, а именно через кровь, сперму, вагинальные выделения и грудное молоко. Установлено, что существуют четыре пути передачи инфекции: через половой акт с зараженным партнером без использования средств предохранения (наиболее распространенный); через кровь и ее составляющие, например, при переливании зараженной крови и пересадке зараженных органов или тканей или при использовании зараженных игл или других инструментов для прокалывания кожи; через заражение ребенка инфицированной матерью в матке или во время родов и через грудное молоко. ВИЧ не передается через бытовые физические контакты, кашель, чихание или поцелуи, пользование общим туалетом или ванной, использование общей посуды или употребление продуктов питания и напитков, которых касался носитель ВИЧ; вирус не передается через комаров и других кровососущих насекомых.

ВИЧ ослабляет иммунную систему человека, затрудняет ее сопротивление инфекции. После заражения человек может жить десять и более лет, не обнаруживая никаких симптомов или болезненного состояния, но при этом передавать вирус другим. Симптомы СПИДа на ранней стадии включают хроническую усталость, диарею, повышенную температуру, поражение центральной нервной системы, например, выражающуюся в потере памяти, потерю веса, непрекращающийся кашель, периодически возникающую сильную сыпь, герпес и инфекции ротовой полости, увеличение лимфатических узлов. К заболеваниям, возникающим на фоне ослабления иммунной системы в результате СПИДа, относятся рак, менингит, пневмония и туберкулез. Хотя периоды болезни могут чередоваться состояниями ремиссии, СПИД всегда приводит к летальному исходу. В настоящее время разрабатываются различные вакцины против СПИДа, но пока еще ни одна из них не оказалась эффективной. Существуют антиретровирусные препараты, которые замедляют развитие болезни и продлевают срок жизни больного. На данный момент эти лекарства чрезвычайно дороги и недоступны большинству больных, однако, ситуация быстро меняется. Вирус ВИЧ очень нестоек во внешней среде и может выжить только в определенных, весьма ограниченных условиях. Он может проникнуть в организм человека только через слизистую оболочку и не в состоянии преодолеть неповрежденный кожный покров. Поэтому профилактика предполагает создание препятствия на пути вируса в виде использования презервативов, защитного оборудования, например, перчаток и масок (там, где это необходимо), применение только стерильных игл и инструментов для прокалывания кожи. Вирус погибает от отбеливающих средств, сильных моющих средств и воды высокой температуры (см. Приложение II).

Последствия для демографической ситуации и трудовых ресурсов

На конец 2000 года насчитывалось 36 млн. людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, две трети из которых проживали в регионах Африки к югу от Сахары. Почти 22 млн. человек уже умерли от СПИДа; за 12 месяцев 2000 года СПИД унес 3 млн. жизней.

Болезнь захватила все регионы: в Африке южнее Сахары насчитывается более 25 млн. взрослых и детей, живущих с ВИЧ/СПИДом; в Азии более 6 млн.; в Латинской Америке и Карибском бассейне около 2 млн.; в Северной Америке почти миллион; в Западной Европе полмиллиона; в Восточной Европе и Средней Азии почти три четверти миллиона; в Северной Африке и на Ближнем Востоке почти полмиллиона. Хотя доминирующие способы передачи инфекции в этих регионах различны, повсюду наблюдается рост случаев заболевания.

Последствия смертности от СПИДа для общей численности населения Африки очевидны: к 2010 году в 29 странах, где уровень заболеваемости составляет более 2% населения, численность населения будет на 50 млн. человек меньше, чем в случае, если бы СПИДа не было. Последствия эпидемии имеют также половой и возрастной аспект, так как во многих

странах женщины часто инфицируются в более молодом возрасте, чем мужчины. В Африке более половины вновь инфицированных составляют женщины. Из возрастных групп наиболее пострадавшей являются 15-49-летние – самая активная часть населения, и их вклад в развитие семьи, общества и экономику, таким образом, пропадает. По оценкам МОТ, во всем мире более 20 млн. работников живет с ВИЧ/СПИДом. В результате эпидемии к 2020 году в странах с высоким уровнем заболеваемости трудовые ресурсы будут на 10-30% меньше, чем в случае, если бы в этих странах СПИДа не было; 14 млн. детей потеряют одного или обоих родителей, многие из них будут вынуждены бросить учебу и прийти на рынок труда, усугубляя тем самым проблему детского труда.

ВИЧ/СПИД несет катастрофические последствия для инфицированных и их семей, а также для общества в целом. Серьезно страдают и молодые, и старые члены семей, зависимые от заболевшего СПИДом. Последствия эпидемии на уровне отдельного человека или домохозяйства зеркально отражаются на уровне предприятия и, все в большей степени, на уровне национальной экономики. Эпидемия заявляет о себе в сфере труда через спад производства, дискриминацию при трудоустройстве и на работе, углубление гендерного неравенства, все более частые случаи эксплуатации детского труда. Другими ее проявлениями являются истощение человеческого капитала, рост нагрузки на систему здравоохранения и социального обеспечения и угрозы для безопасности и гигиены труда.

Условия, снижающие уровень защищенности

Общие факторы

СПИД распространяется там, где нарушаются экономические, социальные и культурные права, а также там, где игнорируются гражданские и политические нормы. Среди экономических факторов первое место, безусловно, занимает бедность. Неграмотность и маргинализация беднейших слоев населения делает их более уязвимыми по отношению к инфекции, бедность заставляет женщин вступать в незащищенные (без использования презерватива) сексуальные отношения для того, чтобы выжить самим и помочь своим семьям. Скудное питание, плохие жилищные условия и несоблюдение правил гигиены делают ВИЧ-инфицированных еще более уязвимыми перед угрозой сопутствующих СПИДу болезней. Что касается социального и культурного аспектов, неравенство в межличностных и трудовых отношениях приводит к вынужденному сексу в условиях риска. К факторам, увеличивающим риск, следует также отнести такие аспекты, как образ жизни и поведение. ВИЧ может передаваться от зараженных шприцев при внутривенных инъекциях наркотиков. Доказано, что злоупотребление наркотиками и алкоголем снижают чувство контроля в отношении безопасности секса или инъекций. Стигматизация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, усиливает естественное нежелание признаться в заболевании, тем самым способствуя ее распространению. Культурные условности и маргинализация скрывают масштабы эпидемии как в местном, так и в национальном масштабах, затрудняя планирование мер борьбы с болезнью для общества и отдельных индивидов.

Теперь о гражданской и политической стороне проблемы. Конфликтные ситуации, нарушение закона и общественного порядка, несовершенные правовые рамки и неэффективные правоприменительные механизмы, а также нарушения права на объединение и ведение коллективных переговоров, мешают развитию в целом и подрывают применение мер пропаганды здорового образа жизни, в частности. Во многих странах недостаточно финансируемые системы здравоохранения, и без того ослабленные долгами и структурными преобразованиями, оказываются не в состоянии обеспечить необходимую профилактику и лечение заболевания.

В целом, можно сказать, что обстановка дискриминации и нарушения прав человека делает работников более уязвимыми по отношению к инфекции и снижает их способность справиться со СПИДом, так как затрудняет проведение добровольной проверки на ВИЧ, получение консультаций, лечения и помощи. Кроме того, работники не имеют возможности участвовать в пропагандистских и профилактических кампаниях.

Факторы, увеличивающие риск инфицирования для некоторых групп работников

Некоторые типы трудовых ситуаций создают повышенный риск инфицирования, хотя главной причиной все равно остается не профессия, а поведение. Ниже приводится список таких ситуаций:

– работа, связанная с мобильностью, особенно с необходимостью регулярно выезжать из дома от супругов или партнеров;
– работа в замкнутом географическом пространстве с ограниченными возможностями социального общения и получения медицинской помощи;
– работа и проживание в исключительно мужском коллективе;
– ситуации, при которых работник не имеет возможности обеспечить себе защиту от инфекции;
– преимущественно мужская работа, где женщины составляют меньшинство;
– работа, предполагающая наличие производственного риска, такого как контакт с кровью, компонентами крови и другими жидкостями организма человека, травмы медицинскими иглами, контакты с инфицированной кровью, случаи несоблюдения Общих мер предосторожности и/или использования непригодного оборудования.

К этому списку можно добавить «нетрудовые» ситуации, при которых безработные, образующие группы в центре городов в надежде что-то заработать, подвержены угрозе ВИЧ-инфицирования, или обитатели лагерей для беженцев и перемещенных лиц, не имея работы и чувствуя себя покинутыми всеми, могут добровольно или по принуждению вступать в случайные половые отношения. Особенно это касается молодых одиноких матерей, оказавшихся в подобной ситуации.

Особые потребности неформального сектора[1]

Работники неформального сектора чаще других становятся жертвами последствий заболевания СПИДом. Это происходит потому, в первую очередь, что в отличие от обычных трудящихся они лишены доступа к медицинскому обслуживанию и социальной защите. Во-вторых, их деятельность редко основывается на финансовой безопасности и не нацелена на такую безопасность. И, в-третьих, из-за временного и нестабильного характера работы любое отсутствие на рабочем месте чаще всего заканчивается потерей средств торговли или производства. Для неформального бизнеса потеря одного или нескольких работников может приводить к серьезнейшим последствиям вплоть до несостоятельности предприятия. Если хозяин предприятия заражается ВИЧ-инфекцией, заболевает СПИДом и умирает, использование капитала предприятия на оплату лечения, ухода и похорон может не позволить осуществить реинвестиции в будущем, привести к банкротству и оставить сотрудников и членов их семей без средств к существованию. В сельском неформальном секторе расходы на лечение обычно приводят к оттоку рабочей силы из сельскохозяйственной сферы, а потери трудовых ресурсов из-за СПИДа ведут к снижению сельскохозяйственного производства и снижению уровня продовольственной безопасности в долгосрочной перспективе. В целом, экономический спад больнее всего ударяет по неформальному бизнесу: рынки сокращаются, так как потенциальные покупатели умирают или остаются практически без свободных средств из-за необходимости оплачивать лечение и уход.

[1] Согласно докладу генерального директора МОТ на Международной конференции труда в 1991 г. термин «неформальный сектор» применяется по отношению к наиболее мелким структурам, производящим и сбывающим товары и услуги и состоящим преимущественно из независимых самостоятельно занятых производителей в городских районах развивающихся стран; некоторые из них используют в качестве рабочей силы семейный и/или наемный труд или учеников. Такие предприятия оперируют весьма небольшим капиталом или не имеют его вообще; их деятельность основана на низком уровне технологий и квалификаций и, соответственно, их производительность невысока, что дает очень низкие и нерегулярные доходы и приводит к весьма нестабильной занятости тех, кто там работает. Такие предприятия называются неформальными в том смысле, что они не зарегистрированы и не включаются в официальную статис-тику. Такие предприятия практически не выходят на организованный рынок (или выходят в редких случаях), не работают с кредитными учреждениями, официальными образовательными и учебными заведения-ми и многими другими государственными службами и институтами. Эти предприятия официально не признаны правительством, не пользуются государственной поддержкой и не подпадают под правительст-венное регулирование. Часто они вынуждены существовать вне рамок закона и даже в тех случаях, когда они зарегистрированы и частично соблюдают законодательство, они почти никогда не подпадают под систему социальной защиты, трудовое законодательство и защитные меры на рабочих местах. Как правило, производители и трудящиеся неформального сектора не организованы (хотя и могут существовать неформальные объединения занятых по конкретным видам деятельности) и в большинстве случаев не входят в сферу деятельности профсоюзов и объединений работодателей (см. ILO: The dilemma of the informal sector, 78th Session (1991) Report I(1), p. 4 (English text)).

Гендерное измерение

Перед угрозой ВИЧ/СПИДа мужчины и женщины оказываются в неравном положении как по степени защищенности, так и по силе испытываемого воздействия. Существуют биологические факторы, из-за которых женщины оказываются менее защищенными от инфекции, чем мужчины. Существует также структурное неравенство в статусе мужчин и женщин, что мешает последним принимать необходимые профилактические меры. В результате женщины гораздо сильнее страдают от распространения ВИЧ/СПИДа:

– многие женщины в рамках супружеских или партнерских отношений оказываются в подчиненном сексуальном и экономическом положении и не имеют возможности обсуждать вопросы безопасного секса и отказываться от опасного;

– неравные возможности на рабочем месте создают для женщин угрозу сексуального домогательства;

– общепризнанно, что бедность создает значительные препятствия для защиты от СПИДа, а женщины составляют большинство бедного населения мира; в случае кризисной ситуации скорее всего именно девочку заберут из школы или продадут для занятий принудительным трудом или сексом;

– доступ женщин к профилактическим средствам затруднен из-за неграмотности. Это явление во всем мире характерно в большей степени для женщин – в некоторых странах неграмотных женщин в два раза больше, чем мужчин;

– женщины составляют значительную часть мигрантов в пределах границ государств, а вместе с детьми они составляют три четверти всех беженцев. Такое положение создает повышенный риск ВИЧ-инфицирования. В зонах конфликтов все чаще отмечаются случаи систематического изнасилования женщин воюющими группировками;

– вся тяжесть ухода за больными СПИДом членами семей и общин чаще ложится на плечи женщин и девушек, что повышает их рабочую нагрузку и уменьшает возможности получения заработка или образования;

– сексистские законы в отношении частной собственности, наследства, опекунства и содержания приводят к тому, что женщины, живущие с ВИЧ/СПИДом и потерявшие партнеров или оказавшиеся в изоляции по причине положительной реакции на ВИЧ, лишаются финансовой безопасности и экономических возможностей. В свою очередь, такое положение может принудить их к «сексу для выживания»; дети женского пола более уязвимы перед сексуальной эксплуатацией на коммерческой основе;

– исследования показывают, что по сравнению с мужчинами женщины менее защищены от социальной стигматизации и остракизма в связи со СПИДом, особенно в сельских общинах. Население избегает контактов с больными женщинами, происходит маргинализация последних, что еще сильнее принуждает их вступать в сексуальные отношения для выживания;

– оплачиваемая или непризнанная работа, которую выполняет женщина, чаще оказывается под угрозой срыва из-за СПИДа. Например, большинство женщин работают в неформальном секторе, где они не получают пособий ни по линии социального обеспечения, ни в связи с охраной здоровья на производстве;

– гораздо меньше женщин, чем мужчин, охвачены системой социального обеспечения или производственного здравоохранения;

– мужчины зачастую находятся в плену таких стереотипов и норм мужского поведения, которые препятствуют безопасному сексу и/или сексуальным отношениям по согласию обоих партнеров;

– в ряде категорий работников, уязвимых к ВИЧ-инфицированию, мужчины составляют чрезмерное большинство и могут оказаться в ситуациях, провоцирующих небезопасный секс между мужчинами;

– учитывая неравенство в статусах мужчин и женщин, мужчины должны играть ведущую роль в формировании и применении ответственного отношения к профилактике ВИЧ/СПИДа и механизмов решения проблем, возникающих в результате заболевания.

Приложение II

Контроль за инфекцией на рабочих местах

A. Общие меры предосторожности в отношении крови и других жидкостей организма

Общие меры предосторожности в отношении крови и других жидкостей организма (известные как «Общие меры» или «Стандартные меры предосторожности») первоначально были разработаны Центрами контроля и профилактики заболеваний США (CDC) в 1985 году, в основном, из-за распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа и острой необходимости применения новых стратегий защиты медицинского персонала от инфицирования через кровь. Новый подход впервые устанавливал применение мер предосторожности в отношении крови и других жидкостей организма для всех, независимо от их предполагаемого инфекционного состояния.

Общие меры предосторожности являются сводом простых мер по контролю за инфекцией, которые должны применяться при уходе за всеми больными с целью минимизации опасности контакта с содержащимися в крови патогенными микроорганизмами. Общие меры предполагают:

- осторожное обращение и использование острых и режущих предметов (медицинских игл и проч.);
- мытье рук до и после процедуры;
- использование средств индивидуальной защиты (перчаток, халатов, масок) при прямых контактах с кровью и другими жидкостями организма;
- безопасное удаление отходов, зараженных кровью и другими жидкостями организма человека;
- надлежащую стерилизацию инструментария и прочего зараженного оборудования; и
- надлежащее обращение с грязным постельным бельем.

B. Избранные рекомендации и Общие меры предосторожности для контроля за инфекцией

Bednarsh, H.S.; Eklund, K.J.: “Infection control: Universal Precautions reconsidered”, in *American Dental Hygienists’ Association: Access* (Chicago, 1995) vol. 11, No. 1.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/National Center for HIV, STD and TB Prevention/Division of HIV/AIDS Prevention: *Preventing occupational HIV transmission to health care workers* (updated June, 1999).

South African Law Commission: *Aspects of the law relating to AIDS* (Project No. 85): Universal workplace infection control measures (Universal Precautions) (1997).

WHO: *WHO guidelines on AIDS and first aid in the workplace*, WHO AIDS series 7 (Geneva, 1990).

WHO/UNAIDS/ICN (International Council of Nurses): *HIV and the workplace and Universal Precautions*, Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives (Geneva, 2000).

Приложение III

Контрольный список мероприятий по планированию и осуществлению политики по вопросам ВИЧ/СПИДа на рабочем месте

Работодатели, работники и их организации, демонстрируя позитивный и внимательный подход, должны совместно разрабатывать политику в отношении ВИЧ/СПИДа с учетом их потребностей и обеспечения необходимого равновесия. Такая политика должна быть поддержана на самом высоком уровне и служить примером того, как следует решать проблему распространения ВИЧ/СПИДа. Основными элементами такой политики, приведенной в разделах 6-9 данного Свода практических правил, являются: информирование о ВИЧ/СПИДе и способах его передачи; просветительские меры с целью разъяснения персонального риска и применения стратегий по управлению таким риском; практические превентивные меры с целью изменения поведения; меры по уходу и поддержке работников, вне зависимости от того, инфицированы ли они сами или члены их семей; принципы нулевой терпимости в отношении любой формы стигматизации и дискриминации на рабочем месте.

Для разработки политики и программы можно использовать следующий контрольный список мероприятий:

- создание комитета по ВИЧ/СПИДу с участием представителей высшего управленческого звена, руководителей, работников, профсоюзов, отделов кадров, отделов обучения, подразделений по трудовым отношениям, служб гигиены труда, комитета по охране и безопасности труда, и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, при согласии последних;
- определение сферы компетенции комитета, его руководящих органов и круга обязанностей;
- изучение национального законодательства применительно к предприятию;
- оценка степени влияния эпидемии ВИЧ/СПИДа на рабочие места, а также потребности работников, инфицированных ВИЧ или пострадавших от ВИЧ/СПИДа, через осуществление базового конфиденциального исследования;
- определение медицинских и информационных служб, которые уже существуют как на рабочих местах, так и на местном уровне;
- разработка проекта политики, обсуждение, переработка и утверждение;
- планирование бюджета, при необходимости поиск средств из внешних источников и оценка ресурсов, имеющихся на местном уровне;
- утверждение рабочего плана реализации политики с указанием сроков исполнения и ответственных за исполнение;
- доведение политики и рабочего плана до сведения самых широких кругов через доски объявлений и вкладыши к квитанциям, по почте, на специальных собраниях, вводных лекциях и учебных занятиях;
- проведение мониторинга;
- регулярный пересмотр политики в свете результатов внутреннего мониторинга и внешней информации о вирусе и его воздействии на рабочие места.

Каждый приведенный выше шаг должен быть интегрирован в комплексную политику предприятия, которая планируется, осуществляется и оценивается на устойчивой и постоянной основе.

Приложение II

Неполный перечень национальных законодательных актов и мер политики по вопросам ВИЧ/СПИДа

Афганистан	Министерство здравоохранения, проект Национального свода этических правил в отношении ВИЧ, 2007 г.
Албания	Министерство здравоохранения, Национальная стратегия профилактики и предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа в Албании на 2004-10 годы: Сделаем Албанию страной с низким уровнем распространения ВИЧ, 2003 г.
Алжир	Национальный стратегический план по ИППП/ВИЧ/СПИДу на 2007-11 годы, 2006 г.
Ангола	1. Закон № 8/04 «О ВИЧ и СПИДе», 2003 г. 2. Декрет № 43/03 «Об утверждении Положения в отношении ВИЧ/СПИДа, занятости и профессионального обучения», 2003 г.
Антигуа и Барбуда	Национальный стратегический план Антигуа и Барбуды на 2002-05 годы, 2002 г.
Аргентина	1. Декрет № 1058/97 «О регулировании действия положений раздела 33 Закона о нарушении права на частную жизнь № 24.660», 1996 г. 2. Национальный закон о СПИДе № 23.798, 1998 г. 3. Декрет № 1.244/91 «Об издании нормативных актов в соответствии с Национальным законом о СПИДе № 23.798», 1990 г.
Армения	Проект Трудового кодекса, 2007 г.
Австралия	Закон о недопущении дискриминации по причине нетрудоспособности, 1992 г.
Австрия	1. Закон о СПИДе от 1993 г. с поправками от 2001 г. 2. Закон о равном обращении, No. 66/2004 с поправками от 2004 г.
Азербайджан	Закон о предотвращении распространения ВИЧ/СПИДа, 1996 г.
Багамские Острова	Закон о занятости, № 27, 2001 г.
Бангладеш	Национальный комитет по СПИДу, Национальная политика в отношении ВИЧ/СПИДа и вопросов, касающихся ЗППП, 1996 г.
Барбадос	1. Проект Закона о трудовых правах, 2000 г. 2. Социальные партнеры Барбадоса , Свод практических правил в отношении ВИЧ/СПИДа и других угрожающих жизни заболеваний на рабочем месте, 2004 г.
Беларусь	1. Закон о ВИЧ и СПИДе, 2007 г. (заменяющий закон от 1993 г.). 2. Закон о медицинском осмотре (трудовые отношения), 2003 г.
Бельгия	Закон о недопущении дискриминации, 2003 г.
Белиз	1. Национальная комиссия по СПИДу, Проект политики и законодательства в отношении ВИЧ/СПИДа, 2003 г. 2. Политика в отношении ВИЧ/СПИДа в сфере труда (трехсторонняя), 2005 г.

Бенин	1. Национальная трехсторонняя декларация о борьбе с ВИЧ/СПИДом в сфере труда, 2005 г. 2. Закон № 2005-31 «О профилактике, лечении и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа в Республике Бенин», 2006 г.
Боливия	1. Министерское постановление № 0711 «О предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа и борьбе с ними», 2002 г. 2. Проект Закона о профилактике ВИЧ/СПИДа, 2006 г.
Босния и Герцеговина	Закон о гендерном равенстве, № 56, 2003 г.
Ботсвана	1. Трудовой консультативный совет, Национальный свод передовых практических правил в сфере трудовых отношений (Приложение № 4), 2002 г. 2. Комиссия по государственной службе, Свод правил поведения государственных служащих в отношении ВИЧ/СПИДа, 2003 г. 3. Министерство труда и внутренних дел, Политика в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2001 г. 4. Проект национальной политики в отношении ВИЧ/СПИДа и занятости, 2007 г.
Бразилия	1. Межминистерское постановление № 3195, 1988 г. 2. Межминистерский приказ № 869, 1992 г.
Болгария	1. Закон о здравоохранении, № 23 от 1974 г. с поправками согласно Закону № 144, 1994 г. 2. Закон «О защите от дискриминации», № 56, 2003 г. 3. Постановление министра здравоохранения No. 4 об условиях и процедурах, касающихся тестирования на ВИЧ, 1992 г.
Буркина-Фасо	1. Проект Закона о ВИЧ/СПИДе, 2006 г. 2. Национальная трехсторонняя декларация о ВИЧ/СПИДе и ЗППП на рабочем месте, 2006 г. 3. Проект поправок к Трудовому кодексу, 2007 г.
Бурунди	1. Конституция, март 1992 г. 2. Министерство труда и социального обеспечения, Национальный отраслевой план действий в борьбе против ВИЧ/СПИДа на рабочем месте на 2005-09 годы, 2005 г. 3. Закон № 1/018 «О правовой защите лиц, инфицированных ВИЧ и СПИДом», 2005 г. 4. Проект поправок к Трудовому кодексу, 2007 г. 5. Национальный трехсторонний консенсус в отношении ВИЧ/СПИДа в сфере труда, 2007 г.
Камбоджа	Закон № NS/RKM/0702/015 «О профилактике и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа», 2002 г.
Камерун	Проект Трехсторонней декларации о борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочем месте, 2006 г. Также приняты многочисленные законы о создании разных комитетов, однако пока еще не утвержден общий закон о ВИЧ/СПИДе.
Канада	Закон о правах человека, 1985 г.
Кабо-Верде	Национальный координационный комитет по борьбе со СПИДом, Национальный стратегический план против СПИДа на 2002-06 годы, 2002 г.
Центральноафриканская Республика	Национальный комитет по предупреждению распространения СПИДа, Национальная стратегическая рамочная программа по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2006-10 годы, 2006 г.
Чад	Проект Закона о борьбе с ВИЧ/СПИДом/ЗППП и обеспечении правовой защиты лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, 2006 г.
Чили	Закон № 19.779 «О введении правил в отношении ВИЧ и налоговой льготы за неизлечимые болезни» от 2001 г. с поправками согласно Закону № 20.077, 2005 г.
Китай	1. Закон о профилактике инфекционных заболеваний от 1998 г. с поправками от 2004 г. 2. Закон № 457 «О Положении в отношении профилактики и лечения СПИДа», 2006 г. 3. Руководство по ВИЧ/СПИДу на рабочих местах в провинции Гуандун (трехстороннее), 2006 г.

Колумбия	1. Декрет № 1543 «О введении в действие правил по предупреждению распространения ВИЧ, СПИДа и ЗППП», 1997 г. 2. Закон № 972 «Об утверждении правил, направленных на улучшение ухода за лицами, страдающими от заболеваний, в частности, ВИЧ/СПИДа», 2005 г.
Коморские Острова	Национальный координационный комитет по борьбе со СПИДом, Национальный стратегический план по борьбе со СПИДом на 2006-10 годы, 2006 г.
Конго	Национальная программа по борьбе со СПИДом, Национальная стратегическая рамочная программа по борьбе с ВИЧ/СПИДом/ЗППП в Республике Конго, 2002 г.
Демократическая Республика Конго	1. Национальный стратегический план по борьбе с ВИЧ/СПИДом и ЗППП, 1999 г. 2. Национальная трехсторонняя политика в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2006 г.
Коста-Рика	1. Генеральный закон № 7771 «О ВИЧ/СПИДе», 1998 г. 2. Декрет № 27894-S «О введении в действие Положения в соответствии с Генеральным законом № 7771 «О ВИЧ/СПИДе» от 1999 г. с поправками согласно Декрету № 33746-S, 2007 г.
Кот-д'Ивуар	Национальная трехсторонняя отраслевая политика в отношении ВИЧ/СПИДа, 2006 г.
Хорватия	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Закон об инфекционных заболеваниях, 1996 г.
Куба	Министерство здравоохранения, Положение об уходе за лицами, инфицированными ВИЧ/СПИДом, 1997 г.
Кипр	Закон о нетрудоспособных лицах (поправки к закону), № 57(I), 2004 г.
Чешская Республика	Закон о равных возможностях, № 26, 2004 г.
Дания	Закон № 31 от 2005 г. «О запрещении дискриминации на рынке труда» с поправками согласно Закону № 1542, 2006 г.
Джибути	1. Постановление № 06 «О борьбе с эпидемией СПИДа и защите лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом», 2006 г. 2. Закон № 174 «О мерах защиты лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, и других уязвимых групп населения», 2007 г.
Доминика	Национальный стратегический план в отношении ВИЧ/СПИДа на 2003-07 годы, 2003 г.
Доминиканская Республика	1. Трудовой кодекс, Закон № 16 от 1992 г. с поправками от 1998 г. (равные возможности). 2. Закон № 55-93 «О ВИЧ/СПИДе», 1993 г. 3. Положение № 25 «О процедурах лечения ЗППП», 2002 г.
Эквадор	1. Закон № 2000-11 «О ВИЧ/СПИДе», 1999 г. 2. Министерский декрет № 00389 «О запрещении обязательного тестирования работников на ВИЧ/СПИД», 2006 г.
Египет	1. Национальное руководство по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем, 2006 г. 2. Национальное руководство по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, 2004 г. 3. Оперативная процедура по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ в центральной лаборатории, 2004 г.
Сальвадор	Закон № 588 от 2001 г. «О профилактике и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа» с поправками согласно Декрету № 1016, 2002 г.
Экваториальная Гвинея	Национальная стратегическая рамочная программа по борьбе со СПИДом в Экваториальной Гвинее на 2001-05 годы, 2002 г.
Эритрея	Национальный стратегический план в отношении ВИЧ/СПИДа/ЗППП на 2003-07 годы, 2003 г.
Эстония	1. Закон о профилактике и предупреждении распространения заразных болезней, 2003 г. 2. Закон о трудовых контрактах от 1992 г. с поправками до 2004 г. (равные возможности).

Эфиопия	1. Трудовая прокламация № 377/2003 от 2004 г. с поправками согласно Трудовой прокламации № 494/2006, 2006 г. 2. Для государственных служащих: Прокламация о федеральных государственных служащих, № 515/2006, 2007 г. 3. Для частного сектора: проект Прокламации о профилактике и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа, 2007 г.
Фиджи	1. Проект Закона о занятости, 2006 г. 2. Министерство по труду и трудовым отношениям, туризму и охране окружающей среды, Свод практических правил в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2007 г.
Финляндия	1. Распоряжение № 462 «О заразных болезнях» от 2003 г. с поправками согласно Распоряжению № 1383, 2003 г. 2. Закон о недопущении дискриминации, № 21 от 2004 г. с поправками согласно Закону № 50, 2006 г.
Франция	1. Кодекс здравоохранения. 2. Закон № 102 «О равных правах и возможностях, участии и гражданском статусе нетрудоспособных лиц», 2005 г.
Габон	Национальный стратегический план в отношении ВИЧ/СПИДа на 2001-06 годы, 2001 г.
Гамбия	Национальный секретариат по СПИДу, Национальный стратегический план в отношении ВИЧ/СПИДа на 2003-08 годы, 2002 г.
Грузия	Трудовой кодекс, 2005 г. (отсутствуют явные ссылки на ВИЧ/СПИД, однако в разделе 54(1)(b) предусмотрено, что правила будут предложены для испытания).
Германия	Генеральный закон о равном обращении, 2006 г.
Гана	Национальный трехсторонний комитет и Комиссия по СПИДУ Ганы, Национальная политика в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2004 г.
Греция	Закон о равном обращении, № 3304, 2005 г.
Гренада	Национальная программа по СПИДу, 2002 г.
Гватемала	Генеральный закон о борьбе с ВИЧ/СПИДом и обеспечении, защите и охране прав человека среди населения, Декрет № 27, 2000 г.
Гвинея	1. Трехсторонняя декларация о борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочем месте, 2003 г. 2. Закон № L/2005/025/AN «О профилактике, лечении и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа», 2005 г.
Гвинея-Биссау	1. Национальная трехсторонняя декларация о ВИЧ/СПИДе и рабочих местах, 2006 г. 2. Проект Закона о профилактике, лечении и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа», 2007 г.
Гайана	Проект Положения о ВИЧ/СПИДе, 2006 г.
Гаити	Министерство здравоохранения и народонаселения, Национальный стратегический план по профилактике и предупреждению распространения ЗППП и ВИЧ/СПИДа на Гаити на 2002-06 годы, 2002 г.
Гондурас	1. Национальная стратегия по борьбе со СПИДом (трехсторонняя), 2006 г. 2. Декрет № 147-99 «Об утверждении Генерального закона о ВИЧ/СПИДе», 1999 г. 3. Декрет № 009 «Об утверждении Положения, изданного согласно Генеральному закону № 47-99 «О ВИЧ/СПИДе», 2003 г.
Венгрия	Закон № CXXV «О равном обращении и содействии равным возможностям», 2003 г.
Исландия	1. Закон № 19 от 1997 г. «О заразных болезнях» с поправками согласно Закону № 164, 2002 г. 2. Закон № 96 «О равном статусе и равных правах женщин и мужчин», 2000 г.
Индия	1. Центральные профсоюзы Индии, Проект программы по профилактике ВИЧ/СПИДа в сфере труда: трехсторонний ответ, Совместное программное заявление, МОТ-СРО, Дели, 2005 г.

	2. Министерство занятости, Циркуляр, адресованный всем государственным департаментам труда, с руководящими положениями об учете вопросов ВИЧ/СПИДа в их деятельности, 2006 г. 3. Проект Закона о ВИЧ/СПИДе, 2006 г. (подготовлен Коллективом юристов НПО). 4. Проект Национальной политики в отношении ВИЧ/СПИДа и рабочих мест, 2007 г.
Индонезия	1. Трехсторонняя декларация-обязательство по борьбе с ВИЧ/СПИДом в сфере труда, 2003 г. 2. Декрет о профилактике и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, № KEP.68/MEN/2004, 2004 г. 3. Генеральный директор по управлению трудовыми ресурсами и мониторингу, Техническое руководство по профилактике и предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, Постановление № 20/DJPPK/VI/2005, 2005 г.
Исламская Республика Иран	Национальная стратегическая программа по предупреждению распространения и профилактике ВИЧ/СПИДа на 2002–06 годы, 2002 г.
Ирландия	Закон о равенстве, № 24, 2004 г.
Израиль	1. Закон о занятости (равные возможности), № 5748, 1988 г. 2. Положение № 45 от 2000 г. «О предупреждении передачи ВИЧ среди сексуальных партнеров», директива руководителя медицинской администрации, 2005 г.
Италия	1. Закон № 135 «О срочных мерах по профилактике СПИДа и борьбе с ним», 1990 г. 2. Закон о равных возможностях, № 145, 2005 г.
Ямайка	Министерство труда и социального обеспечения, Национальная политика в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2005 г.
Япония	1. Закон о профилактике инфекционных заболеваний и лечении инфекционных больных, № 114 от 1998 г. с поправками согласно Закону № 145, 2003 г. 2. Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения, Руководство по профилактике конкретных инфекционных заболеваний для предотвращения СПИДа, уведомление № 89, 2006 г.
Иордания	Национальный стратегический план в отношении СПИДа на 2004-09 годы.
Казахстан	1. Проект Закона о профилактике СПИДа, 2007 г. (взамен Закона от 1994 г.). 2. Республиканские объединения работников и республиканские объединения работодателей, Генеральное трехстороннее соглашение по ВИЧ/СПИДу на 2007-08 годы, 2006 г.
Кения	Закон о профилактике и предупреждении распространения ВИЧ и СПИДа, № 14, 2006 г.
Кирибати	Программа по борьбе с туберкулезом и ВИЧ, 2006 г.
Республика Корея	1. Закон о профилактике инфекционных заболеваний, № 308 от 2 февраля 1954 г. с поправками согласно Закону № 7148, 2004 г. 2. Руководство по профилактике ВИЧ/СПИДа, 2006 г.
Кыргызстан	Закон № 149 «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике», 2005 г.
Лаосская Народно-Демократическая Республика	Для государственного сектора: Руководство по профилактике ВИЧ/СПИДА, 2006 г.
Латвия	1. Положение № 328 «О предупреждении распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа», 1997 г. 2. Закон о труде с поправками от 2006 г. (равные возможности).
Ливан	Национальный стратегический план на 2004-09 годы, 2003 г.
Лесото	1. Закон о Трудовом кодексе (поправки), № 5, 2006 г. 2. Министерство занятости, Руководство по претворению в жизнь положений Трудового кодекса, 2007 г.
Либерия	Национальная комиссия по СПИДу, Национальная стратегическая рамочная программа по ВИЧ/СПИДу, 2004 г.
Литва	Закон о равных возможностях, 2003 г.

Люксембург	Закон о равных возможностях, 2006 г.
Бывшая югославская Республика Македония	Программа по защите населения от СПИДа, 2004 г.
Мадагаскар	1. Трехсторонняя декларация о борьбе с ЗППП и ВИЧ/СПИДом на рабочем месте, 2005 г 2. Закон № 2005-040 «О борьбе с ВИЧ/СПИДом и защите прав лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом», 2006 г. 3. Декрет № 2006-902 «О введении в действие Закона № 2005-040 «О борьбе с ВИЧ/СПИДом и защите прав лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом»», 2006 г.
Малави	1. Проект Закона о занятости (поправки), 2006 г. 2. Национальная трехсторонняя политика в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2007 г.
Малайзия	1. Малазийский совет по СПИДу, Малазийская хартия по ВИЧ/СПИДу, Общие права – общая ответственность, 1995 г. 2. Министерство людских ресурсов, Свод практических правил по профилактике и предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, Департамент по безопасности и гигиене труда.
Мали	Закон № 06-028 «О введении в действие правил по профилактике, лечению и предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа», 2006 г.
Мальта	1. Закон о занятости и трудовых отношениях, № 22, 2002 г. (равные возможности). 2. Приказ о толковании Закона о занятости и трудовых отношениях, 2003 г.
Маршалловы Острова	Закон о профилактике и предупреждении распространения инфекционных заболеваний, 1988 г.
Мавритания	1. В 2003 году были приняты два закона в целях создания национального органа и координации отраслевой борьбы против СПИДа (Декрет № 027-2003, 2003 г.). 2. Постановление № 01305, 2003 г., однако пока еще не принят конкретный закон по ВИЧ/СПИДу.
Маврикий	Закон о ВИЧ и СПИДе, № 31, 2006 г.
Мексика	1. Официальное положение NOM-010-SSA2-1993 «О профилактике и предупреждении распространения ВИЧ-инфекции», 1993 г. с поправками от 2000 г. 2. Положение NOM-039-SSA «О профилактике и предупреждении распространения заболеваний, передаваемых половым путем», 2003 г.
Республика Молдова	Закон № 23-XVI «О профилактике и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа», 2006 г.
Монголия	1. Закон о профилактике вирусной инфекции иммунодефицита человека и синдрома приобретенного иммунодефицита, 2004 г. 2. Проект Трехсторонней декларации о профилактике ВИЧ/СПИДа в сфере труда, 2007 г.
Черногория	Закон о защите населения от инфекционных заболеваний, 2005 г.
Марокко	Национальный стратегический план на 2007-11 годы, 2006 г.
Мозамбик	1. Закон № 5/2002 «О ВИЧ/СПИДе и работниках», 2002 г. 2. Трудовой кодекс, 2007 г.
Мьянма	Министерство здравоохранения, Национальный стратегический план в отношении ВИЧ и СПИДа на 2006-10 годы, 2005 г.
Намибия	1. Руководство (№ 78) по претворению в жизнь Национального свода правил в отношении ВИЧ/СПИДа в сфере труда, 1998 г. 2. Намибийская хартия прав в отношении ВИЧ/СПИДа, 2000 г. 3. Закон о труде № 15, 2004 г.
Непал	1. Проект Закона о ВИЧ и СПИДе (профилактика, предупреждение распространения и лечение), № 2063, 2007 г. (подготовлен НПО: Форум в интересах женщин, законодательства и развития). 2. Национальная политика в отношении ВИЧ/СПИДа для рабочих мест (трехсторонняя), 2007 г. 3. Трехсторонняя декларация по ВИЧ/СПИДу на рабочих местах, 2005 г.

Нидерланды	Закон о равных возможностях 2000 г. с поправками от 2004 г.
Новая Зеландия	Закон о правах человека, 1993 г.
Никарагуа	1. Закон № 238 от 1996 г. «Об обеспечении, защите и охране прав человека ВИЧ-инфицированных лиц», 1996 г. 2. Правила по гигиене и безопасности труда, применимые в связи с подверженностью биологическим рискам, таким как ВИЧ/СПИД, 2005 г.
Нигер	Проект национальной политики в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2006 г.
Нигерия	1. Проект Закона о трудовых нормах, 2004 г. 2. Федеральное министерство труда и производительности, Национальная политика в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2007 г. 3. Проект Закона о недопущении дискриминации по причине ВИЧ и СПИДа и о защите прав человека и достоинства лиц, инфицированных и живущих с ВИЧ и СПИДом, а также о связанных с этим вопросах, 2007 г.
Норвегия	Закон № 4 от 1977 г. «О защите работников и рабочей среды» с поправками согласно Закону № 38 от 2005 г.
Пакистан	Проект Закона о профилактике и лечении ВИЧ и СПИДа, 2006 г.
Панама	Закон № 3 «О ЗППП и ВИЧ/СПИДе», 2000 г.
Папуа-Новая Гвинея	1. Закон о предупреждении распространения и профилактике ВИЧ/СПИДа, № 4, 2003 г. 2. Министерство по труду, трудовым отношениям, туризму и охране окружающей среды, Национальный свод практических правил в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2007 г. 3. Закон о трудовых отношениях, № 36, 2007 г.
Перу	Закон № 26626 «О ВИЧ/СПИДе», 1996 г.
Филиппины	Закон Филиппин «О профилактике и предупреждении распространения СПИДа», № 8504, 1998 г.
Польша	Трудовой кодекс, 1974 г. с поправками от 2003 г. (равные возможности).
Португалия	Закон о равных возможностях, № 18, 2004 г.
Румыния	1. Декрет № 137 «О недопущении всех форм дискриминации и наказании за них» от 2000 г. с поправками согласно Закону № 53, 2003 г. 2. Закон № 584 «О мерах по предупреждению распространения ВИЧ в Румынии и по защите лиц, инфицированных ВИЧ или страдающих от СПИДа», 2002 г.
Российская Федерация	1. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», 1995 г. 2. Декларация национального согласия трехсторонних партнеров в отношении ВИЧ/СПИДа и сферы труда, 2005 г. 3. Трехстороннее соглашение на 2006-08 годы между Правительством Московской области, Советом профсоюзов Московской области и Союзом работодателей Московской области, 2005 г. 4. Трехстороннее соглашение по Мурманской области на 2006-08 годы, 2005 г.
Руанда	Национальный комитет по борьбе со СПИДом, Национальный стратегический многоотраслевой план по борьбе с ВИЧ и СПИДом на 2005-09 годы, 2005 г.
Сент-Китс и Невис	Министерство здравоохранения, Стратегический план национальных действий против ВИЧ/СПИДа в Сент-Китсе и Невисе (НСП) на 2000-05 годы.
Сент-Люсия	Национальный стратегический план на 2004-09 годы.
Сент-Винсент и Гренадины	Расширение масштаба программы по профилактике и предупреждению распространения ВИЧ в Сент-Винсенте и Гренадинах, 2001 г.
Самоа	Национальная программа по профилактике и предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа, 1987 г.
Сан-Марино	Закон № 71 «О профессиональной интеграции инвалидов и нетрудоспособных лиц», 1991 г.

Сан-Томе и Принсипи	Национальная программа по борьбе со СПИДом, Национальная стратегия борьбы со СПИДом на 2004-08 годы.
Саудовская Аравия	(Ссылки на национальную политику содержатся в последнем докладе, представленном на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу.)
Сенегал	Проект Закона о ВИЧ/СПИДе, 2007 г.
Сербия	Национальный план стратегических действий по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Сербии на 2005-10 годы, 2005 г.
Сейшельские Острова	Закон о занятости № 2 от 1995 г. с поправками согласно Закону № 4, 2006 г.
Сьерра-Леоне	1. Проект Закона о профилактике и предупреждении распространения ВИЧ и СПИДа, 2007 г. 2. Национальный секретариат по ВИЧ/СПИДу, Национальная политика в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2006 г. 3. Проект национальной политики в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте для горного сектора, 2007 г. 4. Проект национальной политики в отношении ВИЧ/СПИДа на рабочем месте для морского сектора, 2007 г.
Сингапур	Закон об инфекционных заболеваниях (глава 137) от 1977 г. с поправками согласно Статуту № 7, 2003 г.
Словакия	Трудовой кодекс с поправками от 2004 г. (равные возможности).
Словения	1. Закон о профессиональной реабилитации и трудоустройстве инвалидов, 2004 г. 2. Закон о равных возможностях, 2004 г. 3. Закон о трудовых правоотношениях, No. 42, 2002 г.
Соломоновы Острова	Проект Закона о трудовых отношениях, 2006 г.
Сомали	Стратегическая рамочная программа по профилактике и предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа среди населения Сомали на 2003-08 годы, 2003 г.
Южная Африка	1. Закон о базовых условиях занятости, № 75, 1997 г. 2. Закон о равенстве в сфере занятости, № 55, 1998 г. 3. Закон о медицинских схемах, № 131, 1998 г. 4. Свод практических правил в отношении ключевых аспектов ВИЧ/СПИДа и занятости, 2000 г. 5. Положение о равенстве в сфере занятости, № 480, 2006 г.
Испания	Закон о равных возможностях, № 3, 2007 г.
Шри-Ланка	1. Проект национальной политики в отношении ВИЧ/СПИДа, 2007 г. 2. Национальная трехсторонняя декларация о профилактике ВИЧ/СПИДа на рабочих местах в Шри-Ланке, 2007 г.
Судан	Проект Закона о ВИЧ/СПИДе, 2006 г.
Свазиленд	1. Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Политика по профилактике и предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа и ЗППП, 1998 г. 2. Национальная многоотраслевая политика в отношении ВИЧ/СПИДа, 2006 г. 3. Трехсторонняя декларация о борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах в Свазиленде, 2006 г.
Швеция	Закон № 307 от 2003 г. «О запрещении дискриминации» с поправками согласно Закону № 69 от 2006 г.
Швейцария	Распоряжение об уведомлении о заражении человека инфекционными заболеваниями, 1999 г.
Сирийская Арабская Республика	В настоящее время готовится проект Национального стратегического плана в отношении ВИЧ/СПИДа (эта работа должна завершиться в 2008 г.)
Таджикистан	1. Закон о противодействии ВИЧ/СПИДУ, 2005 г. 2. Национальная трехсторонняя программа в отношении ВИЧ/СПИДа в сфере труда, 2007 г.

Объединенная Республика Танзания	1. Закон Танзании «О занятости и трудовых отношениях», № 6, 2004 г. 2. Бюро государственных услуг при Аппарате Президента Услуги для государственных служащих, живущих с ВИЧ и больных СПИДом, циркуляр № 2, 2006 г. 3. Проект Трехстороннего свода практических правил в отношении ВИЧ/СПИДа, 2007 г.
Таиланд	Национальный свод практических правил по профилактике и предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа на рабочем месте, 2005 г.
Тимор-Лешти	Министерство здравоохранения, Национальный стратегический план по ВИЧ/СПИДу/ЗППП на 2006-10 годы, 2006 г.
Того	1. Трехсторонняя декларация-консенсус о ВИЧ/СПИДе на рабочем месте, 2004 г. 2. Закон № 2005-012 «О защите лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом», 2005 г.
Тринидад и Тобаго	Национальный стратегический план по СПИДу (НСП) на 2004-08 годы.
Тунис	Закон № 921-71 «Об инфекционных заболеваниях», 1992 г. с поправками.
Турция	Закон № 5378 «О нетрудоспособных лицах и внесении поправок в определенные законодательные и нормативные акты», 2005 г.
Туркменистан	Закон о профилактике ВИЧ-инфекции, 2001 г.
Уганда	Закон о занятости, № 6, 2006 г.
Украина	Закон 1972-12 «О предупреждении СПИДа и социальной защите населения» с поправками от 1998 г.
Соединенное Королевство	Закон о недопущении дискриминации по причине нетрудоспособности, 2005 г.
Соединенные Штаты Америки	Федеральный уровень: Закон о нетрудоспособных американцах, 1990 г.
Уругвай	Министерство здравоохранения, Руководство по заболеваниям, передаваемым половым путем, 2005 г.
Узбекистан	Закон «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», 1999 г.
Венесуэла (Боливарианская Республика)	1. Декрет № 1127 «О ВИЧ/СПИДе», 1990 г. 2. Закон о просветительской деятельности, профилактике, лечении и реабилитации в связи с ВИЧ/СПИДом, 2003 г.
Вьетнам	1. Закон № 64/2006/QH11 «О профилактике и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа», 2006 г. 2. Декрет № 108/2007/ND-CP2 «О детальных предписаниях для реализации ряда статей Закона о профилактике и предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа», 2007 г.
Замбия	1. Проект Положения о занятости (ВИЧ/СПИД), 2002 г. 2. Проект национальной политики в отношении ВИЧ/СПИДа и сферы труда, 2006 г.
Зимбабве	1. Закон о труде, № 16 от 1985 г. с поправками согласно Закону № 17, 2002 г. 2. Политика в отношении ВИЧ/СПИДа для горного сектора, 2006 г. 3. Политика в отношении ВИЧ/СПИДа для транспортного сектора, 2003 г. 4. Подзаконные акты о трудовых правоотношениях в Зимбабве (ВИЧ/СПИД), 1998 г. 5. Закон No. 06-28, 2006 г.

Приложение III

Национальные законодательные акты по ВИЧ/СПИДу и направления политики

Страны	Общие законодательные акты/ политика в области ВИЧ/СПИДа	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по равенству возможностей	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по-государственному здравоохранению	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в трудовое законодательство	Правила/ политика в области ВИЧ/СПИДа на рабочих местах	Трехсторонние декларации	Национальная политика в области ВИЧ/СПИДа
Афганистан	X						
Албания							X
Алжир							X
Ангола	X				X		
Антигуа и Барбуда							X
Аргентина	X						
Армения				X			
Австралия		X					
Австрия	X	X					
Азербайджан	X						
Багамские Острова				X			
Бангладеш	X						
Барбадос				X	X		
Беларусь	X						
Бельгия		X					
Белиз	X				X	X	
Бенин	X					X	
Боливия	X						
Босния и Герцеговина		X					
Ботсвана	X				X	X	
Бразилия	X						
Болгария		X	X				
Буркина-Фасо	X			X		X	
Бурунди	X	X		X	X	X	

Страны	Общие законодательные акты/ политика в области ВИЧ/СПИДа	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по равенству возможностей	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по-государственному здравоохранению	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в трудовое законодательство	Правила/ политика в области ВИЧ/СПИДа на рабочих местах	Трехсторонние декларации	Национальная политика в области ВИЧ/СПИДа
Камбоджа	X						
Камерун	X					X	
Канада		X					
Кабо-Верде							X
Центральноафриканская Республика							X
Чад	X						
Чили	X						
Китай	X		X		X	X	
Колумбия	X						
Коморские Острова							X
Конго							X
Демократическая Республика Конго						X	X
Коста-Рика	X						
Кот-д'Ивуар						X	
Хорватия			X				
Куба	X						
Кипр		X					
Чешская Республика		X					
Дания		X					
Джибути	X						
Доминика							X
Доминиканская Республика	X		X	X			
Эквадор	X				X		
Египет			X				
Сальвадор	X						
Экваториальная Гвинея							X
Эритрея							X
Эстония			X	X			
Эфиопия	X			X	X		
Фиджи				X	X		
Финляндия		X	X				
Франция		X	X				

Страны	Общие законодательные акты/ политика в области ВИЧ/СПИДа	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по равенству возможностей	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по-государственному здравоохранению	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в трудовое законодательство	Правила/ политика в области ВИЧ/СПИДа на рабочих местах	Трехсторонние декларации	Национальная политика в области ВИЧ/СПИДа
Габон							X
Гамбия							X
Грузия				X			
Германия		X					
Гана						X	
Греция		X					
Гренада							X
Гватемала	X						
Гвинея	X					X	
Гвинея-Биссау	X					X	
Гайана	X						
Гаити							X
Гондурас	X					X	X
Венгрия		X					
Исландия		X	X				
Индия	X				X	X	
Индонезия					X	X	
Исламская Республика Иран							X
Ирландия		X					
Израиль	X	X					
Италия	X	X					
Ямайка					X		
Япония	X		X				
Иордания							X
Казахстан	X					X	
Кения	X						
Кирибати			X				
Республика Корея	X		X				
Кыргызстан	X						
Лаосская Народно-Демократическая Республика					X		
Латвия	X			X			
Ливан							X
Лесото				X	X		

Страны	Общие законодательные акты/ политика в области ВИЧ/СПИДа	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по равенству возможностей	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по-государственному здравоохранению	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в трудовое законодательство	Правила/ политика в области ВИЧ/СПИДа на рабочих местах	Трехсторонние декларации	Национальная политика в области ВИЧ/СПИДа
Либерия							X
Литва		X					
Люксембург		X					
Бывшая югославская Республика Македония	X						
Мадагаскар	X					X	
Малави				X		X	
Малайзия	X				X		
Мали	X						
Мальта				X			
Маршалловы Острова			X				
Мавритания	X						
Маврикий	X						
Мексика	X		X				
Республика Молдова	X						
Монголия	X					X	
Черногория			X				
Марокко							X
Мозамбик				X	X		
Мьянма							X
Намибия	X			X	X		
Непал	X				X	X	
Нидерланды		X					
Новая Зеландия		X					
Никарагуа	X				X		
Нигер					X		
Нигерия	X	X		X	X		
Норвегия				X			
Пакистан	X						
Панама	X						
Папуа-Новая Гвинея	X			X	X		
Перу	X						
Филиппины	X						
Польша				X			

Страны	Общие законодательные акты/ политика в области ВИЧ/СПИДа	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по равенству возможностей	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по-государственному здравоохранению	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в трудовое законодательство	Правила/ политика в области ВИЧ/СПИДа на рабочих местах	Трехсторонние декларации	Национальная политика в области ВИЧ/СПИДа
Португалия		X					
Румыния	X	X					
Российская Федерация	X					X	
Руанда							X
Сент-Китс и Невис							X
Сент-Люсия							X
Сент-Винсент и Гренадины							X
Самоа							X
Сан-Марино		X					
Сан-Томе и Принсипи							X
Саудовская Аравия							X
Сенегал	X						
Сербия							X
Сейшельские Острова				X			
Сьерра-Леоне	X				X		
Сингапур			X				
Словакия				X			
Словения		X					
Соломоновы Острова				X			
Сомали							X
Южная Африка		X		X	X		
Испания		X					
Шри-Ланка	X					X	
Судан	X						
Свазиленд	X					X	
Швеция		X					
Швейцария			X				
Сирийская Арабская Республика							X
Таджикистан	X					X	
Объединенная Республика Танзания				X	X	X	

Страны	Общие законодательные акты/ политика в области ВИЧ/СПИДа	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по равенству возможностей	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в законодательство по-государственному здравоохранению	Аспекты ВИЧ/СПИДа, интегрированные в трудовое законодательство	Правила/ политика в области ВИЧ/СПИДа на рабочих местах	Трехсторонние декларации	Национальная политика в области ВИЧ/СПИДа
Таиланд					X		
Тимор-Лешти							X
Того	X					X	
Тринидад и Тобаго							X
Тунис			X				
Турция		X					
Туркменистан	X						
Уганда				X			
Украина	X						
Соединенное Королевство		X					
Соединенные Штаты Америки		X					
Уругвай			X				
Узбекистан	X						
Венесуэла (Боливарианская Республика)	X				X		
Вьетнам	X				X		
Замбия				X	X		
Зимбабве				X	X	X	