



შეჯარაჲ სქიზილი!





ქაჩარე სკივილი

შეაჩერე თავიდან აცილებადი ტანჯვა!

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია:¹

(ჯანმო) „ტკივილი განსაკუთრებით ხშირია დაავადების ტერმინალურ ფაზაში. კიბოთი დაავადებული და აივ ინფექციის მქონე პაციენტთა 80%, ხოლო გულსიხლძარღვთა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების მქონე პაციენტთა 67% სიცოცხლის დასასრულს განიცდის საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილს“.

ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები წარმოადგენენ ესენციურ (ძირითად), უალტერნატივო საშუალებებს ასეთი სახის ტკივილის მართვაში. მათი

დახმარებით, შემთხვევათა 70-90%-ში შესაძლებელია ტკივილის ეფექტური მართვა!

რამდენ ადამიანს სტკივა საქართველოში?

ჯანმოს თანამად (WHO,2014)², საქართველოში სიკვდილიანობის 97% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებითა და ტრავმით. ამასთან, საერთო სიკვდილიანობის 69% მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 14% - ონკოლოგიურ დაავადებებზე. თუ ჩვენ დავვერდნობით ჯანმოს მონაცემებს, მაშინ საქართველოში, მაგალითისთვის 2016 წელს, საშუალოდ - ძლიერ ტკივილს განიცდიდა ტერმინალური დაავადების მქონე 19200 ადამიანი³; თუმცა მათგან ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს იღებდა მხოლოდ 3000-დე უკურნებელი პაციენტი.

რამდენ უკურნებელ პაციენტს არ აქვს წვდომა პოტენციურ ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებზე?

- საქართველოში დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მხოლოდ ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის გასაყუჩებლად ყოველწლიურად საჭიროა დაახლოებით 32-33კგ მორფინი;⁴ არაონკოლოგიური პაციენტებისათვის მინიმუმ 12კგ (74კგ ჯანმოს რეკომენდაციით); ჯამში ყოველწლიურად საჭიროა მინიმუმ 45 კგ (რეკ: 107 კგ)⁵;
- საქართველოში ფაქტობრივად ყოველწლიურად (2013-16) იხარჯება 8კგ მორფინი;⁶ რაც მინიმალური საჭიროების 1/6-ზე და 18%-ზე ნაკლებია;
- მაგალითისთვის, 2016 წელს 16200 უკურნებელ პაციენტს არ ქონდა წვდომა ესენციურ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებზე! პაციენტთა 84% იტანჯებოდა ტკივილისაგან!

მიმოხილვა: ტკივილი წარმოადგენს ყველაზე ხშირ სიმპტომს ქრონიკული და უკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტებში. გაუყურებელ ტკივილს შეუძლია სერიოზული ზიანი მიაყენოს ადამიანის ცხოვრების ყოველ ასპექტს: იგი ზღუდავს პაციენტის მობილობას, არღვევს ნორმალური ძილის და კვების პროცესს; ცხოვრების ხარისხის მკვეთრი დაქვეითებით იწვევს ადამიანთა ტანჯვას და სოციალურ იზოლაციას⁷⁻⁹, შესაძლოა ადამიანი მიიყვანოს თვითმკვლელობამდე¹⁰. სწორედ ამიტომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მორფინი ათწლეულებია შეტანილია „ესენციური მედიკამენტების“ / აუცილებელი მედიკამენტების ნუსხაში. ჯანმო ავალდებულებს და ამასთანავე ეხმარება მთავრობებს, რომ ტკივილის სამართავად ოპიოიდები ხელმისაწვდომი იყოს ყველა საჭიროების მქონე პირისთვის.^{11,12}

უნდა აღინიშნოს, რომ თუ ოპიოიდები იქნება არამიზნობრივად და ექიმის დანიშნულების გარეშე გამოყენებული, შეიძლება განვითარდეს მათზე „დამოკიდებულების სინდრომი“. სწორედ ამიტომ ოპიოიდების გამოყენება ექვემდებარება კონტროლს. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 1961 წლის ერთიან კონვენცია ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ¹³ მთავრობებს ავალდებულებს უზრუნველყონ სამედიცინო მიზნებისთვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა და ამავდროულად მოახდინონ მათი არამიზნობრივი გამოყენების პრევენცია. ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც, ოპიოიდების დივერსიის პრევენციულმა ზომებმა, გადააჭარბა ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის მოთხოვნებს და ოპიოიდების მარეგულირებელი კანონმდებლობა გადაჭარბებულად მკაცრი და შემზღვეველი სახით ჩამოყალიბდა. საქართველოში ოპიოიდური მედიკამენტების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფი უკურნებელი ამბულატორიული პაციენტებისათვის, როდესაც უკვე ამოწურულია მკურნალობის ნებისმიერი სახის საშუალება.

ტკივილის მართვის ადეკვატურობის ობიექტურ ინდიკატორს წარმოადგენს ამ თუ იმ ქვეყანაში სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების ხარჯვის მაჩვენებელი. ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის 2015 წლის ანგარიშის მიხედვით საქართველოში ოპიოიდების ხარჯვის მაჩვენებელი დგას „ძალიან არაადეკვატურ“ და „არაადეკვატურ“ ხარჯვას შორის.¹⁴ საქართველოს ხარჯვის მაჩვენებელი ძირითადად შეადგენს დადგენილი საჭიროების და მსოფლიოში ოპიოიდების მოხმარების საშუალო მაჩვენებლის 1/3-ზე, ხოლო ევროპის ხარჯვის 1/7-ზე ნაკლებს (იხ. სლაიდი 1გ-ზე). ჯანმოს ექსპერტების მიერ, ზოგადად ტკივილის მართვის მიზნით, მათ შორის ტრავმებით განპირობებული ტკივილისაც, ოპიოიდების ხარჯვა განისაზღვრა, როგორც „ვირტუალურად არანაირი ხარჯვა“¹⁵; რაც მიუთითებს რომ საქართველოში მრავალი ათასი ადამიანი იტანჯება გაუყურებელი ტკივილისაგან.

საქართველო წარმოადგენს ნარკოტიკულ საშუალებებზე ერთიანი კონვენციის და ასევე გაეროს ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებზე არსებული კონვენციების წევრ ქვეყანას. საქართველომ ამასთანავე ხელი მოაწერა მდგრადი განვითარების მიზნების (SDG) პრიორიტეტიზაციის დეკლარაციას ხელი. SDG ასევე ფარავს ესენციურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის საკითხს (SDG3.8). შესაბამისად საქართველოს მთავრობას აკისრია ვალდებულება რომ გადასინჯოს შესაბამისი კანონმდებლობა და მოახდინოს საფუძველს მოკლებული, არაეთიკური და არასამედიცინო ჩვენებაზე დაფუძნებული ესენციური მედიკამენტის - მორფინის - ხელმისაწვდომობაში არსებული ყოვლად გაუმართლებელი ბარიერების აღმოფხვრა. სახელმწიფომ უნდა იზრუნოს და დაიცვას ტკივილის მქონე პაციენტები „არაჰუმანური, ღირსების შემლახველი მკურნალობისგან“¹⁶ უნდა შეწყდეს ადამიანთა ტანჯვა იმ ტკივილისაგან, რომლის თავიდან აცილება შესაძლებელია და რომელიც ოპიოიდური საშუალებების გამოყენებით, ექვემდებარება მართვასა და მკურნალობას.

კანონმდებლობა, რომელიც იწვევს ადამიანის ტანჯვას

საქართველოს კანონმდებლობა ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების გამოყენების შესახებ წარმოადგენს საბჭოთა მედიცინის პოლიტიკის გადმონაშთს. შესაბამისი მარეგულირებელი დოკუმენტები საერთოდ არ განიხილავს და არ ახსენებს სიტყვა „ტკივილს“. ტკივილის მართვა არ ეფუძნება ტკივილის ინტენსივობას (სიძლიერეს), მის ხანგრძლივობას ან გავლენას პაციენტის ფუნქციურ სტატუსსა თუ ცხოვრების ხარისხზე.

ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების დანიშვნა განიხილება მხოლოდ უკუჩრებელი დაავადების ტერმინალურ სტადიაში, როდესაც სრულად ამოწურულია დაავადების სპეციფიური მკურნალობის არსენალი.

სახელმწიფო პროგრამა - „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“ - ბენეფიციარად მოიხსენიებს უკუჩრებელ პაციენტებს დაავადების ტერმინალურ სტადიაზე, რომელთაც „სიცოცხლის დასასრულს“ ესაჭიროებათ პალიატიური მზრუნველობა¹, მათ შორის ტკივილის გაყუჩება. ამასთანავე ექიმი მტკიცედ უნდა იყოს დარწმუნებული რომ პაციენტი ვერ იცხოვრებს 6 თვეზე მეტხანს.

რეცეპტის საფუძველზე ოპიოიდების ყიდვა შეუძლებელია ჩვეულებრივ

¹ ა.სახელმწიფო პროგრამა, დანართი N16 „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“ მუხლი 1, მუხლი 2.1 მუხლი 9.1,2 ბ. საქართველოს მთავრობის დაგენილება N279, 31.10.2013 <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2066026?publication=0>

აფთიაქში. მათი მოპოვება შესაძლებელია მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში პოლიციის შენობაში განთავსებული სპეციალური „აფთიაქებიდან“ ისიც მხოლოდ კვირაში ორ დღეს.^{1,2} ასეთი სისტემა არ არის მორგებული პაციენტის საჭიროებაზე; შეუძლებელია ტკივილის გაყუჩება ან დოზის კორექცია, თუ ეს დღე არ ემთხვევა ამ „სპეციალური გაცემის დღეს“, „სპეციალური აფთიაქებიდან“.

კანონმდებლობის შესაბამისად თუ პაციენტი არ არის სიკვდილის პირას, შეუძლებელია ოპიოიდების დანიშვნა ტკივილის გასაყუჩებლად.^{1,2} ექიმები კი იმის შიშით, რომ არ შეცდნენ სიკვდილის ვადის დადგენაში, არ ნიშნავენ ოპიოიდებს, სანამ პაციენტს არ გამოეხატება სიკვდილის მოახლოების ნიშნები.

ტკივილის მკურნალობისადმი ასეთი მიდგომით ირღვევა ადამიანის ფუნდამენტური უფლებები და იგი ხდება „სასტიკი და არაადამიანური მოპყრობის ობიექტი“;^{3,4,5} ამასთანავე მთლიანად ილახება ბიოეთიკური და მედიცინის პრინციპები დაეხმაროს, უმკურნალოს და არ ავნოს ტანჯვაში მყოფ პაციენტს, როდესაც ამის შესაძლებლობა არსებობს. პაციენტის / ადამიანის უფლებების დასაცავად „ღირსების შემლახველი მკურნალობისა“ და „არაადამიანური მოპყრობისგან“, უნდა მოხდეს შესაბამის კანონმდებლობაში ცვლილებები და შესწორებები.

² ბრძანება N 32/ო - N 102 სმჯსდსს (13.03.2000) - შსს (15.03. 2000)

³ International Covenant on Civil and Political Rights, article

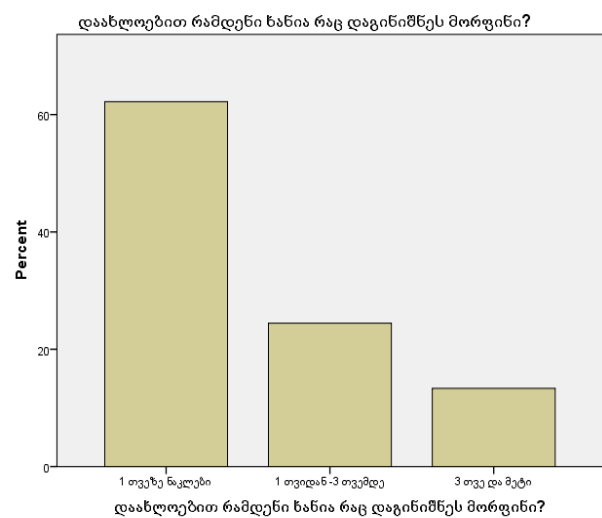
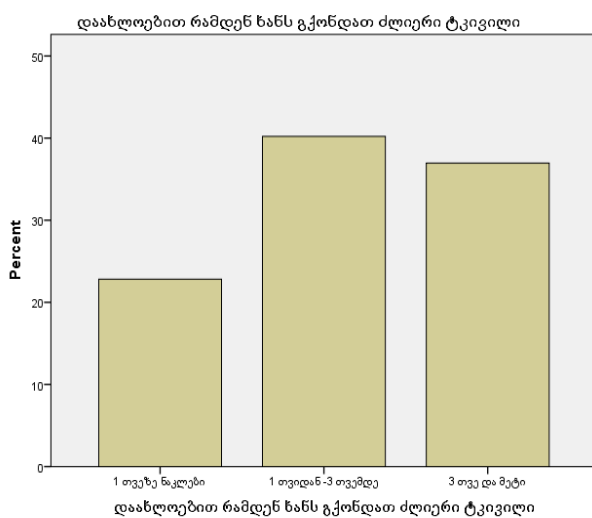
⁴ European Charter Of Patients' Rights, Article 11

კანონმდებლობის გავლენა ტკივილის ადექვატურად მართვაზე

ასე ამგვარად ექიმთა სამედიცინო გადაწყვეტილება ოპიოიდების დანიშვნა - გამოწერაზე მთლიანად ეფუძნება პაციენტთა სიკვდილ - სოცოცხლის პროგნოზს და საერთოდ არ განიხილავს ტკივილის სიმძლიერეს, ხასიათს თუ მის ხანგრძლივობას.

შესაბამისად, ოპიოიდის დანიშვნა გამოწერაზე პასუხისმგებელ ოჯახის ექიმთა:

- 38% საერთოდ თავს არიდებს ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერას. ხოლო ვინც მაინც გამოწერს მათგან მხოლოდ 1/3 იღებს გადაწყვეტილებას ოპიოიდების ერთპიროვნულ დანიშვნაზე; დანარჩენი ექიმები ისევ მიმართავენ ძველ, „კომისიური წესით“ დანიშვნის მეთოდს, რადგან ასე უფრო დაცულად გრძნობენ თავს.
- პაციენტების გამოკითხვამ გამოავლინა, რომ მიმართულ ექიმთაგან საერთო ჯამში პაციენტების 19%-ს გამოუწერა ოპიოიდი ოჯახის ექიმმა. პაციენტების უმრავლესობას მორფინი დაენიშნა უკვე პალიატიური მზრუნველობის ექიმის მიერ შესაბამის დაწესებულებაში, სადაც ისინი ძირითადად ხვდებიან ტერმინალურ მდგომარეობაში.
- უკურნებელ პაციენტთა 77%-ს ოპიოიდი დაენიშნა ძლიერ დაგვიანებით. მათ 33% -ში დრო ძლიერ ტკივილის დაწყებასა და ოპიოიდების დანიშვნას შორის აღემატებოდა 3 თვეს. უკურნებელ პაციენტთა 40%-ს დასჭირდა 1 თვიდან - 3 თვემდე დრო, რომ მოენახათ ისეთი ექიმი ვინც მათ ტკივილის გასაყუჩებლად დაუნიშნავდა მორფინს.
- უკურნებელი დიაგნოზის და იმ ფაქტის მიუხედავად, რომ პაციენტთა 95%-ში ადრე დანიშნული არაოპიოიდური ტივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები არაეფექტური იყო, მათ რომელთაც მიმართეს ოპიოიდების დანიშვნა გამოწერაზე პასუხისმგებელ ოჯახის ექიმს, მათგან 59%-მა პაციენტს მაინც არ დაუნიშნა მორფინი და როგორც ზევით ავლინებთ, პაციენტთა უმრავლესობას მორფინი დაენიშნათ პალიატიურ განყოფილებაში; თუმცა ასეთი სერვისების რაოდენობაც საკმაოდ მწირია და პრაქტიკულად თავმოყრილია საქართველოს დედაქალაქში.

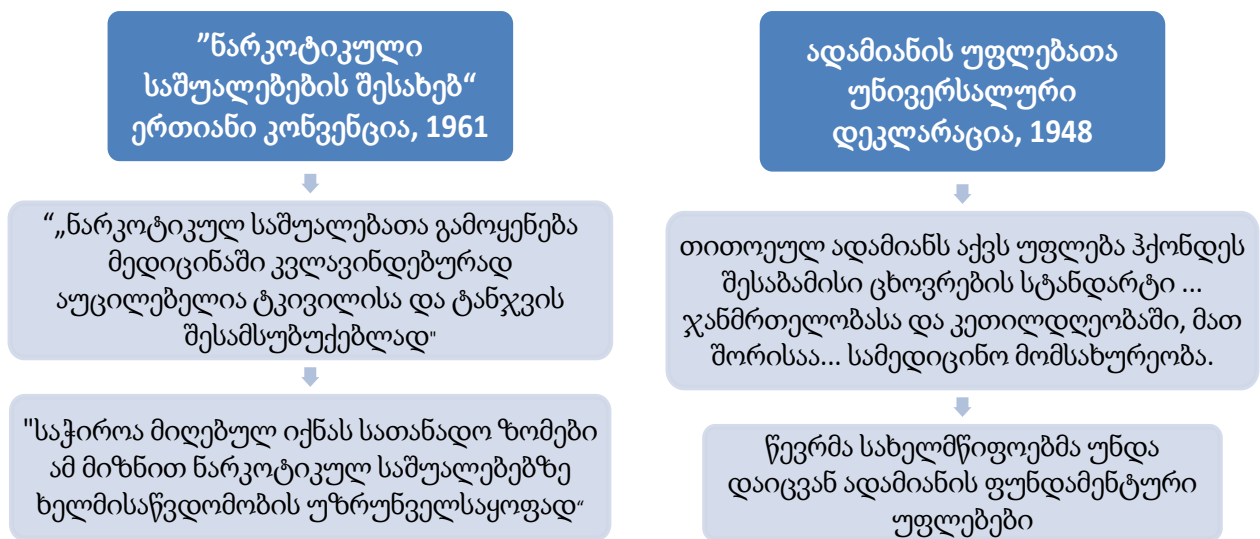


სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა და ვალდებულებები

საქართველო წარმოადგენს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 1961 წლის "ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ" ერთიანი კონვენციის წევრ ქვეყანას, შესაბამისად აქვს ვალდებულება დაიცვას ბალანსი ოპიოიდური საშუალებების სამედიცინო მიზნით ხელმისაწვდომობასა და მათი არამიზნობრივი გამოყენების პრევენციულ ზომებს შორის.

საქართველოს რატიფიცირებული აქვს ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია, გაეროს ადამიანთა ფუნდამენტური უფლებების შესახებ მთელი რიგი კონვენციები.

შესაბამისი დოკუმენტები ტკივილის მართვაზე და ესენციურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას განიხილავს ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად!!!



ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია

ICESCR

"ფუნდამენტური ვალდებულება"

„მირითადი სამკურნალო საშუალებების ხელმისაწვდომობის (ჯანმოს სიის მიხედვით) უზრუნველყოფა“

"ადამიანი არ უნდა დაექვემდებაროს წამებას ან სასტიკ, არაადამიანურ და ღირსების შემლახველი მოპყრობას და დასჯას"

სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებათა შესახებ საერთაშორისო პაქტი, მუხლი N7

კომენტარი 14. უფლება ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე (CESCR)

ქრონიკული და ტერმინალური პაციენტების მოვლა	ესენციურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა	მართვადი ტკივილის თავიდან აცილება
--	---	-----------------------------------

რეკომენდაციები

სხვადასხვა მიმე დაავადების მქონე, მათ შორის კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა ტკივილის გაყუჩების მიზნით საქართველოში მოქმედი ოპიოიდური წამლების გამოყენების მარეგულურებელი დოკუმენტები ზედმეტად შემზღუდველი და არარაციონალურია. იგი არ ეფუძნება ტკივილის არსს, მისი მართვის სამედიცინო ჩვენებებს და პრინციპებს. შესაბამისად, საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობა ვერ უზრუნველყოფს ოპიოიდების სათანადო ხელმისაწვდომობას პაციენტებისთვის და აქედან გამომდინარე იგი უნდა შეიცვალოს იმგვარად, რომ დაცული იქნას ბალანსი და ნათლად ასახოს 1961 წლის ერთიანი კონვენციის “ორმაგი პოლიტიკის პრინციპი”.

ჩვენი რეკომენდაციაა, განხორციელდეს შემზღუდველი და არაგამჭირვალე შინაარსის მქონე კანონმდებლობის გადახედვა წინააღმდეგობების და ბარიერების აღმოფხვრის მიზნით, ისე რომ, საკანონმდებლო ენა ნათლად ასახავდეს, ფარავდეს და აკმაყოფილებდეს ადექვატური ტკივილის მართვის საჭიროებებს ტკივილის მქონე პაციენტებში. კერძოდ, სახელმწიფომ უნდა განახორციელოს:

საკანონმდებლო აქტები

ცალკე ჩანაწერის სახით
უნდა შევიდეს

- ტკივილის გაყუჩების აღიარება პაციენტის უფლებად;
- ტკივილის მართვის აღიარება ჯანდაცვის პრაქტიკის შემადგენელ ნაწილად.

კანონქვემდებარე აქტები

ოპიოიდის დანიშვნა უნდა
დაეფუძნოს

- ტკივილის ინტენსივობას/სიძლიერეს;
- ტკივილის გავლენას პაციენტის ცხოვრების ხარისხსა და ფუნქციურ სტატუსზე

სახელმწიფო პროგრამა

„ინკურაბელურ პაციენტთა
პალიატიური მზრუნველობა“

- არ უნდა შეიზღუდოს მომსახურეობა მხოლოდ "სოცოცხლის დასასრულს" მყოფი პაციენტებით;
- არ უნდა იყოს მკაცრად განსაზღვრული სიცოცხლის პროგნოზი 6 თვემდე

ზოგადი რეკომენდაციები:

1. ჯანმოს რეკომენდაციების შესაბამისად კანონმდებლობაში გაუქმდეს უსაფუძვლო შეზღუდვები და დაბრკოლებები მედიკამენტების ხელმისაწვდომობასთან მიმართებით. მიზანშეწონილია, განხორციელდეს ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების მარეგულირებელი აქტების თავმოყრა ერთ დოკუმენტში, დუბლირებული ნორმების გაუქმების, ნორმატიული ბაზის თანმიმდევრულობისა და გამჭვირვალობის უზრუნველსაყოფად.
2. განახორციელოს განახლებული რეგულაციების პრაქტიკაში დანერგვის ხელშეწყობა ყველა დაინტერესებული მხარისთვის - ექიმებისათვის, შესაბამისი დაწესებულებების ორგანოებისა და მაკონტროლირებელი ინსტიტუციებისათვის.
3. განახორციელდეს ქვეყნის მასშტაბით ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის ტკივილის მართვის საბაზისო განათლების მხარდაჭერა და უზრუნველყოფა.

ავტორები:

ტკვიელის პოლიტიკის ექსპერტი - ფატი ძოჭენიძე - pati.dzotsenidze@tsu.ge ;

იურისტი - თამარ დეკანოსიძე;

პალიატიური მზრუნველობის ექსპერტი მედიცინის დოქტორი იოსებ აბესაძე;

პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაციის პრეზიდენტი- დიმიტრი კორძაია.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf. Accessed July 29, 2018.
2. WHO. *GLOBAL STATUS REPORT on Noncommunicable Diseases 2014 "Attaining the Nine Global Noncommunicable Diseases Targets; a Shared Responsibility";* 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1. Accessed August 5, 2018.
3. სტატისტიკური ცნობარი. NCDC.Ge. <http://www.ncdc.ge/Pages/User/Documents.aspx?ID=f10b3ffb-da47-4488-94df-2f03764cf365>.
4. INCB WHO. *Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control.*; 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44859/9789241503280_eng.pdf?sequence=1. Accessed July 30, 2018.
5. World Health Organization. Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2014;28(2):130-134. doi:10.3109/15360288.2014.911801
6. Incb report. *Narcotic Drugs — Estimated World Requirements for 2018 — Statistics for 2016.*; 2017. www.incb.org. Accessed July 30, 2018.
7. Page GG, Ben-Eliyahu S. The immune-suppressive nature of pain. *Semin Oncol Nurs.* 1997;13(1):10-15. doi:10.1016/S0749-2081(97)80044-7
8. King NB, Fraser V. Untreated Pain, Narcotics Regulation, and Global Health Ideologies. doi:10.1371/journal.pmed.1001411
9. Lohman D, Schleifer R, Amon JJ. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med.* 2010;8(1):8. doi:10.1186/1741-7015-8-8
10. Sessle B. Unrelieved pain: a crisis. *Pain Res Manag.* 2011;16(6):416-420. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22184550>. Accessed July 29, 2018.
11. World Health Organization. *Achieving Balance In National Opioids Control Policy.*; 2000. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip39e/whozip39e.pdf>. Accessed July 29, 2018.
12. Health Organization W. *Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances GUIDANCE FOR AVAILABILITY AND ACCESSIBILITY OF CONTROLLED MEDICINES Access to Controlled Medications Programme.*; 2011. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1.
13. FINAL ACT OF THE UNITED NATIONS CONFERENCE - convention_1961_en.pdf.
14. INCB. *Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes.*; 2015. www.incb.org. Accessed July 31, 2018.
15. Duthey B, Scholten W. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(2):283-297. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.03.015
16. Economic and Social Council. *The Right to the Highest Attainable Standard of Health.*; 2000. http://data.unaids.org/publications/external-documents/ecosoc_cescr-gc14_en.pdf. Accessed July 31, 2018.