

Научная статья

УДК 341

DOI: 10.17323/2072-8166.2022.4.155.183

Проблемы обеспечения международно-правовых гарантий в сфере охраны здоровья человека в условиях пандемии COVID-19



**Аслан Хусейнович Абашидзе¹, Владислав Сергеевич
Маличенко²**

¹ Российский университет дружбы народов, Россия 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

² Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, Россия 117218, Москва, ул. Большая Черемушkinsкая, д. 34.

¹ aslan.abashidze@gmail.com, ORCID: 0000-0003-0012-8795

² vlad.malichenko@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3136-8054



Аннотация

Коронавирусная инфекция стала крупнейшим за последнее столетие вызовом человечеству, продемонстрировав ряд проблем системного характера в сфере охраны здравоохранения как на национальном, так и международном уровне. Перегрузка медицинских учреждений, сопровождаемая стремительным ростом потребности в различных технологиях здравоохранения, спровоцировала всплеск ограничений и дискриминации при доступе к медицинской помощи и лекарственным средствам, в особенности в развивающихся странах. Необходимость поддержания баланса интересов индивидуума и разработчиков технологий здравоохранения, отчетливо обозначившаяся с момента унификации международно-правовых механизмов защиты прав интеллектуальной собственности, обсуждается в контексте роста затрат на вакцины и другие тех-

нологии лечения COVID-19. В статье анализируются международно-правовые основы права на наивысший достижимый уровень здоровья, закрепленные международными договорами универсального и регионального характера, а также актами, принимаемыми профильными международными организациями. Особое внимание уделяется анализу гарантий охраны здоровья уязвимых категорий населения. В частности, подчеркивается уязвимость медицинских работников перед лицом инфекционных пандемий, что увеличивает трудности в обеспечении права на здоровье населения. В работе устанавливается взаимосвязь охраны здоровья человека и реализации иных основополагающих человеческих прав, подверженных влиянию распространения вируса (право на питание, воду и санитарные услуги). В условиях ограничения доступа к технологиям здравоохранения обосновывается необходимость рационального применения норм защиты прав интеллектуальной собственности для обеспечения реализации права на наивысший достижимый уровень здоровья. Проанализированы международно-правовые механизмы, нацеленные на расширение доступа к жизненно важным технологиям здравоохранения в условиях чрезвычайных ситуаций. Обращено внимание на нарастание противоправной деятельности под влиянием дефицитности лечебных средств, существенно ограничивающей возможность реализации прав человека.



Ключевые слова

пандемия, COVID-19, права человека, гарантии охраны здоровья, дискриминация, уязвимые категории населения, корпоративная ответственность, противоправные деяния в сфере охраны здоровья.

Для цитирования: Абашидзе А.Х., Маличенко В.С. Проблемы обеспечения международно-правовых гарантий в сфере охраны здоровья человека в условиях пандемии COVID-19 // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2022. Т. 15. № 4. С. 155–183. DOI:10.17323/2072-8166.2022.4.155.183.

Law in the Modern World

Research article

Executing International Legal Guarantees of Human Health Protection in Context of COVID-19 Pandemic



Aslan Kh. Abashidze¹, Vladislav S. Malichenko²

¹ RUDN University, 6 Miklukho-Maklaya Str., Moscow 117198, Russia

² Institute of Foreign Legislation and Comparative Law under the Government of the Russian Federation, 34 Bolshaya Cheremushkinskaya Str., Moscow 117218, Russia

¹ aslan.abashidze@gmail.com ORCID: 0000-0003-0012-8795

² vlad.malichenko@gmail.com ORCID: 0000-0003-3136-8054



Abstract

The coronavirus pandemic has become the biggest challenge to humanity over the whole century, exposing a number of systemic issues in the field of human health, both at the national and international levels. The catastrophic burden on health care facilities, coupled with the rapid growth in the need to provide health technologies, has increased the incidence of restrictions and discrimination in access to health care and medicines, especially in the developing world. The need to maintain balance between interests of healthcare technology companies and needs of the individual, is clearly seen since the unification of international legal mechanisms of intellectual property rights protection, and is being discussed with renewed interest in the context of the rapid growth of vaccines cost and other medicines for the treatment of COVID-19. In the article the authors analyze the international legal foundations of the right to the highest attainable level of health, formulated in acts of a universal and regional nature, as well as acts adopted by specialized international organizations. Particular attention is focused on analysis of vulnerable populations health protection, in the context of the growing negative consequences of the pandemic spread. Authors highlight the vulnerability of health workers to infectious pandemics, which increases potential barriers to ensuring the right to health among the entire population. The paper establishes the relationship between ensuring the protection of human health and the implementation of other fundamental human rights affected by the spread of the virus, such as the right to food, the right to water and sanitation. In the context of a significant increase in the problem of restricting access to health technologies, the article justifies need for rational application of norms in the field of intellectual property rights protection to ensure execution of the right to the highest attainable standard of health. The authors analyzed the international legal mechanisms aimed at expanding access to vital healthcare technologies in emergency situations. The article draws attention to the various forms of illegal activity, which dramatically rises under the influence of medical products shortages and significantly limits exercising human rights.



Keywords

pandemic, COVID-19, human rights, health guarantees, discrimination, vulnerable population, corporate responsibility, illegal activity in the field of health protection.

For citation: Abashidze A.Kh., Malichenko V.S. (2022) Executing International Legal Guarantees of Human Health Protection in Context of COVID-19 Pandemic. *Law. Journal of the Higher School of Economics*, vol. 15, no. 4, pp. 155–183 (in Russ.) DOI:10.17323/2072-8166.2022.4.155.183.

Введение

За последние десятилетия под влиянием социально-демографических потрясений, выражающихся в старении населения и распространении хронических неинфекционных заболеваний, существенно возросли бюджетные затраты на социальную сферу. По прогнозам экспертов к 2030 г. глобальные затраты на сферу здравоохранения вырастут до 9,9 трлн. долл. США, а к 2050 г. они достигнут 13,7 — 15,1 трлн. долл. При этом нынешние диспропорции в финансировании в различных странах и регионах сохранятся. К 2030 г. ежегодные затраты системы здравоохранения экономически раз-

витых стран возрастут до 6023 долл. на душу населения, тогда как в странах с низким уровнем экономического развития данный показатель составит 35 долл. На развивающиеся страны в которых живет 84% населения планеты, приходится только 20% общемирового ВВП и 12% общемировых затрат на здравоохранение, что не позволяет обеспечить необходимого количества медицинских учреждений и медработников на душу населения, равно как и доступности медицинских услуг. Нагрузки заболеваемости на разные регионы мира также распределяются неравномерно. Так, до начала пандемии COVID-19 на развивающиеся страны приходилось 90% «глобального бремени заболеваний» [Gottret P., Schieber G., 2006: 22]. Диспропорции в доступности медицинской помощи приводят к систематическим нарушениям основополагающих прав человека.

Пандемия стала серьезным испытанием национальных, наднациональных и международно-правовых институтов. Проходят проверку на прочность механизмы защиты прав и свобод человека [Хабриева Т.Я. 2022: 5–9]. Среди них в первую очередь проблема доступа к медико-социальной помощи, которая достигла максимальной остроты в условиях распространения вируса COVID-19. В мировой экономике пандемия COVID-19 привела к самой масштабной после Второй Мировой войны рецессии. Согласно докладу МВФ «Перспективы развития мировой экономики», в 2020 г. мировой ВВП сократился на 3,5%. Хотя в 2021 г. отмечались тенденции к его восстановлению, объем ВВП не превысит уровня до пандемии¹. Несмотря на семь чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения после принятия новой редакции Международных медико-санитарных правил (далее — ММСП), только пандемия COVID-19 выступила мощнейшим индикатором, позволившим продемонстрировать несостоятельность государственной политики и международного сообщества в реализации системных мер противодействия распространению заболевания и охране основополагающих прав человека [Dalglish S., 2020: 1189].

Пандемия COVID-19 стала испытанием социальной сферы каждого государства вне зависимости от уровня экономического развития. К декабрю 2021 г. было зарегистрировано 260 млн. заражений вирусом COVID-19 и 5 млн. летальных исходов, хотя в действительности уровень смертности может быть значительно больше. Последствия пандемии COVID-19 выражаются в дефиците медицинской помощи, включая нехватку диагностических тестов, аппаратов ИВЛ и кислорода, а также средств индивидуальной защиты медицинских работников и персонала. Страны, исторически обладающие высокоразвитой системой здравоохранения, но вынужденные со-

¹ International Monetary Fund. 2020. World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent. Washington, 2021.

кращать расходы на социальную сферу в последние годы ввиду общемировых экономических потрясений, также столкнулись с катастрофическими последствиями COVID-19 [Prante F. et al., 2020: 147–152]; [Maani N., Galea S., 2020: 250–259].

Существенная нагрузка на медико-социальную сферу определила чрезвычайную потребность в дополнительных источниках финансирования, особенно в развивающихся странах. По оценкам экспертов, потребность в дополнительном финансировании 73 развивающихся стран колеблется в пределах 33–62 млрд. долл. [Tan-Torres E. et al., 2020: 1372–1379]. Высокая потребность в финансировании привела к росту программ содействия здравоохранению. Однако охват систем здравоохранения глобальной финансовой помощью также характеризуется существенными диспропорциями. Так, страны Латинской Америки и Карибского бассейна получили всего 5,2% общего объема глобальной помощи на борьбу против COVID-19, хотя на данный регион приходится около 25% летальных исходов от данного вируса².

Пандемия COVID-19 стала индикатором, выявившим основные проблемные зоны здравоохранения, а также недостаточность международного сотрудничества в данной сфере, что, в частности, отмечено в недавнем Заявлении Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (далее — КЭСКП) о пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) и экономических, социальных и культурных правах³. В нем как на национальном, так и на международном уровнях определены возможные меры противодействия COVID-19, предполагающие обмен данными клинических исследований, медицинским оборудованием, материалами и передовым опытом, координацию усилий по уменьшению экономических и социальных последствий пандемии, ограничение экономических санкций, а также режимов охраны интеллектуальной собственности. Значительное внимание уделено уязвимым категориям населения, странам с нестабильной экономической и политической ситуаций [Püras D. et al., 2020: 1888–1890].

1. Правовые гарантии охраны здоровья при чрезвычайных ситуациях

Право на здоровье, провозглашенное в международных договорах универсального и регионального характера в области прав человека, а также закрепленное в конституциях более чем 135 государств — это всеохваты-

² Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2020: The impact of COVID-19. Seattle, 2021. Available at: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/FGH/2021/FGH_2020_full-report.pdf (дата обращения: 22.02.2022)

³ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. E/C.12/2020/1.

вающее право, распространяющееся на своевременную и надлежащую медицинскую помощь и на другие определяющие компоненты охраны здоровья. Право человека на здоровье на международном уровне было впервые сформулировано в рамках Устава Всемирной организации здравоохранения (далее — ВОЗ; 1946), позже получив расширительную трактовку в ст. 25 Всеобщей декларации прав человека (далее — ВДПЧ; 1948) и ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (далее — МПЭСКП; 1966). В последующем во всех основных международных договорах универсального характера о защите прав человека дополнительно уточнялись права уязвимых категорий населения на наивысший достижимый уровень здоровья.

Посредством МПЭСКП государства приняли международное обязательство сотрудничать в постепенной реализации права человека на указанный уровень здоровья. Более широкое осмысление права человека на здоровье и значения доступа к технологиям здравоохранения было сформулировано в Замечаниях общего порядка, подготовленных КЭСКО. Замечания общего порядка не являются актом обязательного характера, но они играют роль в установлении унифицированных подходов к реализации положений МПЭСКП. В частности, в 2000 г. КЭСКО принял Замечание общего порядка № 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья», раскрывающее нормативное содержание ст. 12 МПЭСКП. В Замечании сформулированы четыре взаимосвязанных элемента доступа к необходимым технологиям здравоохранения: наличие, доступность, приемлемость и качество. Кроме того, подчеркивается, что положения ст. 12 МПЭСКП формулируют обязательства обеспечения реализации права на здоровье.

МПЭСКП предполагает реализацию закрепленных государствами прав «в пределах имеющихся ресурсов» (ст. 2), что в контексте тотального ограничения финансирования здравоохранения не упрочивает гарантии достижения наивысшего уровня здоровья. Действующими актами международного права не сформулировано обязательств государств в отношении эквивалентно высокого уровня медицинского обслуживания. В то же время в 1990 г. КЭСКО подготовил Замечание общего порядка № 3, предусматривавшее, что даже в ситуации очевидного дефицита ресурсов государство должно обеспечивать выполнение по крайней мере минимально необходимого уровня каждого из закрепленного в МПЭСКП прав. Это предполагает доступ к минимуму основных лекарственных средств, медицинских изделий и услуг, определенных ВОЗ⁴.

⁴ WHO. General Comment No. 3: The nature of States parties' obligations (Article 2, para 1) (1990). Adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights at the Fifth Session. E/1991/23, 14 December 1990.

Кроме того, обязательство использования максимально возможных ресурсов в соответствии с большинством международных актов о защите прав человека предполагает техническую и финансовую взаимопомощь государств в целях реализации права на здоровье. В частности, приверженность данным направлениям сотрудничества сформулирована в Алма-Атинской декларации (1978) и Оттавской хартии укрепления здоровья (1986). Обязательство о максимально возможных ресурсах предполагает привлечение частного сектора, включая частные медицинские учреждения и лаборатории, для охвата населения услугами здравоохранения в условиях чрезвычайных ситуаций⁵. К примеру, в Испании и Великобритании для обеспечения доступности медицинской помощи использованы мощности частных медицинских организаций⁶. В США сформировалась противоположная ситуация, там участились отказы в медицинской помощи вследствие отсутствия медицинской страховки или гигантских счетов на оплату помощи [Shadmi E. et al., 2020: 1–16]⁷.

Дефицит ресурсов медицинской помощи отягчает проблемы дискриминации отдельных категорий населения. Реализация права человека на здоровье сопряжена с соблюдением универсальных принципов защиты прав личности, предполагающих равенство. Основные положения недопущения дискриминации по различным основаниям сформулированы в универсальных актах о защите прав человека, в частности, в ст. 7 ВДПЧ, ст. 26 Международного пакта о гражданских и политических правах (далее — МПГПП). Антидискриминационные положения МПГПП дополнительно раскрываются в рамках замечаний общего порядка №18⁸ и №28 (1989) Комитета ООН по правам человека⁹. Более предметно дискриминация при обеспечении охраны права человека на здоровье характеризуется Венской декларацией и про-

⁵ Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. 2020. E/C.12/2020/1.

⁶ Available at: <https://www.businessinsider.com/coronavirus-spain-nationalises-private-hospitals-emergency-covid-19-lockdown-2020-3> (дата обращения: 22.02.2022); Available at: <https://www.england.nhs.uk/2020/03/nhs-strikes-major-deal-to-expand-hospital-capacity-to-battlecoronavirus/> (дата обращения: 22.02.2022)

⁷ Available at: <https://www.theguardian.com/us-news/2020/apr/16/profit-over-people-costover-care-americas-broken-healthcare-exposed-by-virus> (дата обращения: 22.02.2022); Available at: <https://www.cnbc.com/2020/04/01/covid-19-hospital-bills-could-cost-uninsured-americans-up-to-75000.html> (дата обращения: 22.02.2022)

⁸ UN Human Rights Committee (HRC) General Comment No. 18: Non-discrimination (art.2 of the International Convention on Civil and Political Rights) 1989. HRI/GEN/1/Rev.1/1.

⁹ UN Human Rights Committee (HRC), General Comment No. 28: The Equality of Rights Between Men and Women (art.3 of the International Convention on Civil and Political Rights) 2000. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10.

граммой действий (1993)¹⁰. Противодействию дискриминации посвящена ст. 2 п. 2 МПЭСКП, сформулировавшая обязательство по противодействию дискриминации при реализации права на наивысший достижимый уровень здоровья. Позже КЭСКП в Замечании общего порядка №20 подчеркивал, что недискриминация и равенство являются фундаментальными компонентами прав человека и имеют важное значение при реализации экономических, социальных и культурных прав¹¹.

Внимания при рассмотрении реализации права человека на здоровье в контексте пандемии COVID-19 заслуживает также доступ к вакцинам. Обеспечение всеобщего равного доступа к вакцинам и лекарственным средствам для лечения COVID-19 является одним из главных вызовов пандемии COVID-19 в контексте охраны права на здоровье. Данной проблеме был посвящен ряд резолюций Генеральной Ассамблеи ООН (далее — ГА ООН): о глобальной солидарности в борьбе с коронавирусным заболеванием COVID-19 (A/RES/74/270), о международном сотрудничестве в целях обеспечения глобального доступа к лекарствам, вакцинам и медицинскому оборудованию для противодействия COVID-19 (A/RES/74/274), о всеобъемлющих и скоординированных мерах реагирования на COVID-19 (A/RES/74/306) и об объединенном ответе на глобальные угрозы здоровью и борьбе с COVID-19 (A/RES/74/307). Кроме того, признавая взаимозависимость реализации права на здоровье и доступа к вакцинации, Совет по правам человека ООН принял резолюцию № 46/14 «Обеспечение справедливого, недорогостоящего, своевременного и всеобщего доступа всех стран к вакцинам в ответ на пандемию коронавирусного заболевания (COVID-19)»

Основным барьером на пути доступа к вакцинам выступает их высокая стоимость, защищенная патентными механизмами. Это заставляет искать баланс между соблюдением положений торговых соглашений, норм защиты прав интеллектуальной собственности и гарантий, сформулированных в международных договорах универсального характера о защите прав человека для создания всеобщего доступа к технологиям здравоохранения на недискриминационной основе. В частности, данный призыв сформулирован в рамках двух Заявлениях КЭСКП, посвященных всеобщему доступу к вакцинации против COVID¹².

¹⁰ World Conference on Human Rights in Vienna, Vienna Declaration and Programme of Action (25 June 1993), para 5.

¹¹ General comment no. 20, Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. 2009. E/C.12/GC/20.

¹² Заявление о всеобщем и равном доступе к вакцинам против коронавирусной инфекции (COVID-19). Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. E/C.12/2020/2.

С целью противодействия дефициту финансирования необходимых медицинских средств в борьбе с COVID-19 учрежден Механизм глобального доступа к вакцинам против COVID-19 (далее — COVAX), направленный на справедливое распределение диагностических препаратов, терапевтических средств и вакцин.

Не менее важным фактором ограничения доступа является дефицит, порожденный недостаточностью производственных мощностей. В период вспышки вируса гриппа А в 2009 г. страны с высоким уровнем экономического развития скупили практически все запасы доступных вакцин. Несмотря на призывы ВОЗ о гуманитарной помощи, доступ к необходимой продукции в странах с низким и средним уровнем экономического развития был чрезвычайно ограничен [Fidler D., 2012: 161–172]. Ограничение доступного объема вакцин против COVID-19 сформировало новый феномен, получивший название «вакцинного национализма» и подразумевающий приоритет страны-производителя в получении необходимого объема вакцин или иных лекарственных препаратов. Особенно отчетливо данная тенденция прослеживалась в первый год пандемии. Например, генеральный директор одного из крупнейших фармацевтических производителей заявил, что США «имеют право на самый крупный предварительный заказ», поскольку компания подписала соглашение с Управлением перспективных биомедицинских исследований и разработок США. В средствах массовой информации появлялись публикации о попытках приобретения администрацией США эксклюзивных прав на вакцину против коронавируса COVID-19¹³.

С целью противодействия систематическим диспропорциям в отношении доступа к технологиям здравоохранения и обеспечения права человека на здоровье КЭСМП целесообразно сформулировать минимальные стандарты реализации права на здоровье. Подобный подход позволил бы уточнить нормативное содержание понятия «в пределах имеющихся ресурсов» и обеспечить универсальный подход к установлению правовых гарантий права человека на здоровье на национальном уровне. Принимая во внимание роль медицинских технологий в противодействии чрезвычайным ситуациям в здравоохранении, КЭСМП много внимания уделяет рекомендациям о разработке Замечаний общего порядка об обязательствах государств по МПЭСМП в контексте доступа к технологиям здравоохранения, учитывающих нормативное содержание права человека на здоровье и доступ к достижениям научного прогресса.

¹³ Available at: https://www.washingtonpost.com/world/europe/germany-coronavirus-cure-vaccine-trump-rights/2020/03/15/8d684c68-6702-11ea-b199-3a9799c54512_story.html (дата обращения: 22.02.2022)

2. Ограничение прав уязвимых категорий населения

Маргинализированные социальные группы (к которым традиционно относят мигрантов, меньшинства, женщин, лиц пенсионного возраста, лиц, инфицированных ВИЧ) подвержены еще большему риску ограничений в отношении реализации права на здоровье в сравнении с другими категориями населения в условиях пандемии COVID-19.

2.1. Лица пожилого возраста

Поддержание здоровья и активности пожилых является важным показателем пользы государственных стратегий здравоохранения и социального обеспечения. Циклические экономические и финансовые кризисы, затрагивающие население всех государств, в особенности угрожают благополучию пожилых. Согласно тематическому исследованию о праве пожилого человека на здоровье, основными структурными проблемами организации оказания медико-социальной помощи пожилым являются нехватка персонала, перегруженность лечебных учреждений, отсутствие профилактики, дороговизна медицинских услуг и лекарств¹⁴.

В условиях распространения COVID-19 проблемы здоровья лиц рассматриваемой категории усугубляются. Они более предрасположены к тяжелому течению COVID-19. Уровень смертности от COVID-19 также увеличивается с возрастом. В июле 2020 г. генеральный директор ВОЗ отметил, что коэффициент летальности среди лиц старше 60 лет составляет почти 15%, что в 10 раз выше, чем у молодых¹⁵. По состоянию на 1 марта 2021 г. 7 из 10 смертей от COVID-19 приходились на категорию лиц старше 65 лет.

Пожилые сталкиваются с дополнительными трудностями при доступе к медицинским услугам ввиду карантинных мер и других ограничений¹⁶. Парадоксально, но особенно уязвимыми в период пандемии оказались лица, пребывающие в «учреждениях долгосрочного ухода» (домах престарелых)¹⁷. По данным ВОЗ, в первые месяцы пандемии во многих странах более 40%

¹⁴ Тематическое исследование об осуществлении права пожилых на здоровье, подготовленное специальным докладчиком о праве каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. 2011. A/HRC/18/37.

¹⁵ Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-and-closing-remarks-on-olderpersons-and-covid-19---28-july-2020> (дата обращения: 22.02.2022)

¹⁶ Available at: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf> (дата обращения: 22.02.2022)

¹⁷ Available at: <https://www.hrw.org/news/2020/04/07/rights-risks-older-people-covid-19-response> (дата обращения: 22.02.2022)

смертей, связанных с COVID-19, происходили в таких учреждениях, причем в некоторых странах эти цифры достигали 80%¹⁸.

Лица пожилого возраста должны обладать постоянным доступом к качественному медицинскому обслуживанию, учитывающему особенности течения COVID-19. Однако во многих странах нет специализированного геронтологического обслуживания, что не может не оказывать негативного влияния на соответствие медицинской помощи потребностям пожилых, особенно в условиях распространения нового жизнеугрожающего заболевания.

Основные международные договоры по правам человека закрепляют принцип равенства и недискриминации на основе различных признаков, но не содержат положений о запрещении дискриминации по возрастному признаку. Несмотря на это, по данным ООН, большинство международных соглашений по правам человека включают достаточное количество имплицитных обязательств по отношению к пожилым. КЭСКП в Замечании общего порядка № 6 подтвердил обязательства государств-участников МПЭСКП перед лицами пожилого возраста¹⁹.

Отдельного внимания в контексте введения режимов самоизоляции для лиц старших возрастных групп является проблема потери устойчивого источника дохода, что незамедлительно приводит к ухудшению качества жизни и к сокращению возможностей обеспечивать необходимый уровень здоровья. Данная проблема особенно назрела в развивающихся странах, где основная доля расходов на медицинскую помощь приходится на собственные средства населения. Социальная интеграция, труд и занятость имеют столь же важное значение для пожилых, как и для других возрастных групп. Право «каждого на справедливые и благоприятные условия труда», провозглашенное в ст. 7 МПЭСКП, имеет в контексте трудовой деятельности пожилых особенно важное значение и гарантирует безопасные условия труда данной группы до выхода на пенсию. КЭСКП в Замечании общего порядка № 6 призвал государства принимать меры к предотвращению дискриминации в сфере трудовых отношений на основании возраста.

Действующие национальные и международные механизмы защиты прав пожилых не отвечают современным потребностям данной группы населения, особенно же в контексте чрезвычайных ситуаций инфекционного генеза. Государства должны разрабатывать и осуществлять более эффективные межсекторальные стратегии и программы защиты прав лиц пожилого возраста в соответствии с принципами равенства и недискриминации, учи-

¹⁸ Available at: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1 (дата обращения: 22.02.2022)

¹⁹ Доклад о социальной защите в мире 2014/15: обеспечение экономического восстановления, инклюзивного развития и социальной справедливости. Группа по вопросам достойного труда и Бюро МОТ для стран Восточной Европы и Центральной Азии. М., 2015.

тывающих особенности воздействия распространения пандемии и других потенциальных вирусов на различные аспекты жизнедеятельности лиц пожилого возраста.

2.2. Лица с ограниченными возможностями

По данным Всемирного банка около 15% обитателей планеты страдают какой-либо формой инвалидности. основополагающие международно-правовые акты, формирующие Международный билль о правах человека, не содержат прямых упоминаний о правах инвалидов. Вместе с тем, за последние десятилетия достигнут существенный прогресс в области закрепления гарантий отдельных уязвимых категорий населения на надлежащий доступ к здравоохранению. Так, в 1994 г. КЭСКО принято Замечание общего порядка № 5 «Лица с инвалидностью». Документ поясняет вопросы охраны прав инвалидов в контексте реализации МПЭКОП, несмотря на отсутствие в МПЭКОП положений, связанных с инвалидностью. По определению Комитета, право на физическое и психическое здоровье (ст. 12) подразумевает право доступа к медицинским и социальным услугам, включая ортопедические протезы, которые позволяют инвалидам стать самостоятельными, предотвратить дальнейшее обострение болезни и поддержать их социальную интеграцию, равно как и право пользоваться такими услугами.

В 2006 г. ГА ООН приняла Конвенцию о защите прав инвалидов, а также Факультативный протокол к ней, ставшие первыми международно-правовыми документами по защите прав инвалидов. Отдельные положения Конвенции (ст. 25) устанавливают право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности, а также закрепляют ответственность государств за доступ инвалидов к услугам в сфере здравоохранения. Конвенция ООН о правах ребенка (1989) также закрепляет необходимость обеспечения доступа «неполноценных в умственном или физическом отношении детей» к услугам в области медицинского обслуживания и восстановления здоровья.

Проблема доступа лиц с ограниченными возможностями к медицине чрезвычайно актуализировалась в условиях COVID-19. В Совместном заявлении, посвященном COVID-19, председатель Комитета по правам инвалидов и специальный посланник Генерального секретаря ООН по вопросам инвалидности и доступности подчеркивал обязательство государств оказывать медицинскую помощь лицам с инвалидностью в необходимом объеме без перерывов²⁰.

²⁰ Basharu D., Reyes M. Joint Statement. Persons with Disabilities and COVID-19 by the Chair of the United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, on Behalf of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities and the Special Envoy of the United Nations Secretary-General on Disability and Accessibility. 2020.

Специальный докладчик ООН по правам лиц с ограниченными возможностями указывает в заявлении о COVID-19, что даже меры сдерживания, как социальное дистанцирование и самоизоляция, могут существенно влиять на лиц с ограниченными возможностями²¹.

Пристального внимания заслуживает охрана здоровья социальных работников. Зависимость лиц с ограниченными возможностями от помощников и высокая доля пребывающих в социальных учреждениях повышает уязвимость к передаче COVID-19, что на заре пандемии определяло необходимость приоритетного доступа к тестированию для выявления вируса и минимизации его передачи. В ряде стран социальные работники попадали в группу населения, освобождающуюся от ограничений передвижения и физического дистанцирования для поддержки инвалидов.

В условиях продолжающейся пандемии COVID-19 проблема качественной медико-социальной помощи без дискриминации по какому-либо признаку остается на повестке дня каждого государства. Социальная политика должны учитывать потребности не только лиц с формой инвалидности, а также социальных работников, вовлеченных в оказание необходимой помощи. Глобальные программы финансовой поддержки мероприятий, направленных на борьбу с COVID-19 и предполагающих обеспечение технологиями здравоохранения, также должны учитывать специфические потребности лиц с ограниченными возможностями включая ассистивные технологии, необходимые для реабилитации и поддержания необходимого качества жизни.

2.3. Лица без гражданства

К высокой группе риска ввиду зачастую полного отсутствия гарантий в отношении бесплатного получения медицинской помощи в стране пребывания следует отнести категорию «неграждан», охватывающую беженцев, трудовых мигрантов, лиц без гражданства. Руководствуясь актами универсального характера, каждый человек на территории любого государства вне зависимости от гражданства или миграционного статуса обладает правом на доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам без дискриминации.

Согласно ст. 55 Международной конвенции о защите прав трудящихся-мигрантов и их семей (1990), все они имеют право получать любую срочно необходимую медицинскую помощь для сохранения их жизни или предотвращения непоправимого вреда их здоровью на основе равенства обращения с гражданами соответствующего государства независимо от их миграционного статуса. Но в большинстве государств мира неграждане могут

²¹ Available at: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25725> (дата обращения: 22.02.2022)

получить доступ только к основной или неотложной медицинской помощи. Например, в США мигранты с неурегулированным статусом получают доступ только к службам экстренной помощи²². В значительном количестве европейских государств «первичная медико-санитарная помощь недоступна лицам с неурегулированным миграционным статусом»²³.

В Конвенции также закреплено, что трудящиеся-мигранты, обладающие документами, разрешающими постоянное пребывание на территории страны, имеют право на доступ к необходимым медицинским услугам наравне с гражданами. Аналогичным образом ст. 5 Конвенции МОТ о работниках-мигрантах (1949) требует, чтобы государства-участники гарантировали соответствующие медицинские услуги мигрантам для работы и их семьям²⁴. Руководство о защите прав мигрантов в уязвимых ситуациях устанавливает, что системы здравоохранения и национальные планы охраны здоровья должны включать мигрантов, независимо от их статуса.

Несмотря на гарантии защиты права на здоровье лиц без гражданства, они сталкиваются с барьерами по всему миру ввиду пандемии COVID-19.²⁵ В частности, Верховный комиссар ООН по делам беженцев подчеркнул уязвимость трудовых мигрантов перед угрозой ограничения доступа к медицинской помощи в условиях пандемий, приведя в пример действия властей Боснии при перевозке тысяч мигрантов в поселение, прилегающее к границе Хорватии, без доступа к необходимой медицинской помощи²⁶. В 2020 г. Управление Верховного комиссара по правам человека (далее — УВКПЧ), ВОЗ и Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (далее — УВКБ) опубликовали совместное заявление, подчеркивающее необходимость охраны права на здоровье беженцев, мигрантов и лиц без гражданства в условиях распространения COVID-19 и их доступа к национальным мерам профилактики, тестирования и лечения инфекции²⁷. Аналогичная позиция сформулирована в резолюции Совета по правам человека ООН № 47/12, подтвердившей необходимость содействия равному доступу мигран-

²² Available at: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/emergency-health-services-undocumented-aliens> (дата обращения: 22.02.2022)

²³ Available at: <https://picum.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-Statement-March-2020.pdf> (дата обращения: 22.02.2022)

²⁴ Available at: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312242 (дата обращения: 22.02.2022)

²⁵ Available at: <https://publications.iom.int/books/mrs-no-60-migrants-and-covid-19-pandemic-initial-analysis> (дата обращения: 22.02.2022)

²⁶ Available at: <https://www.unhcr.org/refugeebrief/the-refugee-brief-27-march-2020/> (дата обращения: 22.02.2022)

²⁷ Available at: <https://www.who.int/news-room/detail/31-03-2020-ohchr-iom-unhcr-and-who-jointpress-relse-the-rights-and-health-of-refugees-migrants-and-stateless-must-be-protected-in-covid-19-response> (дата обращения: 22.02.2022)

тов к услугам здравоохранения, профилактике заболеваний и уходу, включая равный доступ всех мигрантов к диагностике, лечению и вакцинам для противодействия COVID-19.

Вследствие систематических ограничений уязвимых групп населения в доступе к необходимой медицинской помощи в условиях COVID-19, международным организациям необходимо продолжить работу над конкретизацией обязательств государств по обеспечению права на наивысший достижимый уровень здоровья. В частности, среди основных обязательств государств необходимо выделить: надлежащую подготовку специалистов медико-социальной помощи пожилым и лицам с ограниченными возможностями; устойчивое финансирование научных исследований в области наиболее востребованных технологий здравоохранения, включая реабилитационные технологии; развитие информирования населения о государственных обязательствах по оказанию медицинской помощи.

2.4. Защита прав медицинских работников

С начала пандемии медицинские работники стали наиболее уязвимой категорией населения. Во всем мире они составляют высокий процент инфицированных COVID-19. По данным Международного совета медицинских сестер, к концу октября 2021 г. 1500 медсестер из 44 стран умерли, а общее количество погибших среди медицинских работников достигло 20 тыс. человек²⁸. Преобладающую их долю составляют женщины. По данным ООН из медицинских работников, инфицированных COVID-19 в Испании и Италии, женщины составляли 72% и 66 % соответственно.

Врачи по всему миру сталкивались с систематическими нарушениями права на здоровья, а также других ассоциированных прав. В 2020 г. Британская медицинская ассоциация (ВМА) опрашивала 16000 врачей на территории Великобритании о доступности необходимых средств индивидуальной защиты. 48% медицинских работников сообщили что покупали средства индивидуальной защиты самостоятельно, 65% опрошенных врачей заявили, что чувствовали себя недостаточно защищенными от вируса²⁹. Специальный докладчик о последствиях для прав человека экологически обоснованного регулирования и удаления опасных веществ и отходов в своем заявлении подчеркнул героизм медицинских работников и наивысшие проявления

²⁸ Available at: <https://www.icn.ch/news/icn-confirms-1500-nurses-have-died-covid-19-44-countries-and-estimates-healthcare-worker-covid> (дата обращения: 22.02.2022)

²⁹ Available at: <https://www.bma.org.uk/news-and-opinion/bma-survey-reveals-almost-half-of-doctors-have-relied-upon-donated-or-self-boughtppe-and-two-thirds-still-don-t-feel-fully-protected> (дата обращения: 22.02.2022)

ими человечности, при этом обратив внимание, что дефицит жизненно важных средств индивидуальной защиты остается во всех регионах мира³⁰.

Другой не менее важной проблемой являются несправедливые условия труда. Во многих регионах мира медицинские работники не получают необходимых доплат за сверхурочные работы или даже базовую заработную плату. Так, Агентство правовой помощи Индонезийской ассоциации медсестер сообщило о 330 сокращениях заработной платы медицинских сестер в государственных или частных больницах.

Согласно ст. 7 МПЭСКП, все государства должны признавать право каждого человека на справедливые и благоприятные условия труда, что в последующем дополнительно конкретизируются в Замечании общего порядка №23 КЭСКП. В Замечании общего порядка №14 КЭСКП сформулировано обязательство государств принимать необходимые меры против опасностей профессиональному здоровью и против любых других угроз эпидемиологического характера, а также внедрять и периодически пересматривать согласованную политику для минимизации риска несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и обеспечения согласованной политики в области охраны труда и здоровья. КЭСКП особенно подчеркивает в контексте пандемии COVID-19 необходимость принятия мер к минимизации риска инфицирования медицинских работников на рабочем месте в соответствии с передовой практикой и стандартами. При отсутствии необходимых условий на работников не могут оказываться принуждение или другие меры воздействия.

Вопросу защиты прав медицинских работников уделялось отдельное внимание на региональном уровне. В частности, Европейский комитет по социальным правам, руководствуясь ст. 3 Европейской социальной хартии (1996), заявил, что необходимо привлечь должное количество специалистов здравоохранения к противодействию пандемии, обеспечив им здоровые и безопасные условия труда, что предполагает доступ к необходимым средствам индивидуальной защиты³¹. Рабочая группа экономических, социальных и культурных прав Африканской комиссии прав человека и народов призвала государства-участники обеспечить защиту медицинских работников, а также справедливое вознаграждение за профессиональную деятельность³². Межамериканская комиссия прав человека также подчеркнула обязательство государств уделять первоочередное внимание добросовестности

³⁰ Available at: <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25754&LangID=E> (дата обращения: 22.02.2022)

³¹ European Committee of Social Rights, Statement of interpretation on the right to protection of health in times of pandemic, 21 April 2020. Available at: <https://rm.coe.int/statement-of-interpretation-on-the-right-to-protection-of-health-in-ti/16809e3640> (дата обращения: 22.02.2022)

³² Available at: <https://www.achpr.org/pressrelease/detail?id=510> (дата обращения: 22.02.2022)

и благополучию медицинских работников во время пандемии, создавая необходимые условия защиты и признания лиц, вовлеченных в оказание медико-социальной помощи, включая средства индивидуальной защиты, гарантий охраны трудовых прав и права на социальное обеспечение³³.

Обязательства безопасных условий труда содержатся в ряде актов МОТ. Конвенция МОТ о безопасности и гигиене труда № 155 (1981) устанавливает необходимость внедрения и пересмотра государственной политики в области профессиональной безопасности, гигиены труда и производственной среды. Согласно ст. 13 Конвенции при производственной ситуации, опасной здоровью и жизни работника, последний имеет право отстраниться от профессиональной деятельности без каких-либо отрицательных последствий. Кроме того, в ст. 16 Конвенции прямо сформулированы обязательства работодателя поставлять защитную одежду и защитное снаряжение для предотвращения несчастных случаев или неблагоприятного воздействия на здоровье. Рекомендации, разработанные МОТ для реализации Конвенции № 155, раскрывают обязательства государств подробнее. В параграфе 3 рекомендуется принимать меры, касающиеся «разработки, производства, поставки, использования, технического обслуживания и тестирования средств индивидуальной защиты и защитной одежды», «предотвращения вредного физического или психического стресса из-за условий работы» и «надзора за здоровьем рабочих.³⁴ В 1977 г. МОТ приняла Конвенцию по медсестринскому персоналу № 149, формулирующую гарантии сестринского персонала в отношении условий профессиональной деятельности, сопоставимых с условиями работы в других областях.

МОТ совместно с ВОЗ уделяет внимание охране прав медицинских работников в условиях пандемии. В частности, совместное Руководство по охране труда и безопасности медицинских работников в условиях пандемии подчеркивает, что медицинские работники должны продолжать пользоваться правом на достойные, здоровые и безопасные условия труда в условиях COVID-19. В документе обращается внимание, что медицинские работники должны быть доступны услуги гигиены труда, психического здоровья и психосоциальной поддержке, адекватные условия санитарии, гигиены и отдыха.

Признавая выдающуюся роль медицинских работников в реализации права каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья, а также ввиду систематических нарушений прав медицинских работников, частота которых в условиях пандемии увеличивается, рациональным вы-

³³ Available at: http://www.oas.org/en/iachr/media_center/PReleases/2020/060.asp (дата обращения: 22.02.2022)

³⁴ Occupational Safety and Health Recommendation, 1981 (No. 164) Available at: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R164 (дата обращения: 22.02.2022)

глядит предложение о разработке международного договора универсального характера, устанавливающего перечень основных гарантий медицинских работников. Как было отмечено ранее, среди основных прав медицинских работников необходимы право на справедливые условия труда, социальное обеспечение, доступ к необходимой медицинской помощи и технологиям здравоохранения для охраны здоровья и безопасных условий труда.

3. Ключевые аспекты права на здоровье

В условиях глобализации социально-экономических процессов охраны здоровья невозможна без гарантий реализации других основополагающих прав человека. В докладах специального докладчика ООН неоднократно признавались взаимосвязь и взаимозависимость прав человека при обеспечении права на наивысший достижимый уровень здоровья³⁵. К основополагающим правам человека, оказывающим прямое влияние на обеспечение права на здоровье, следует относить право на доступ к санитарным услугам, питанию, воде, обеспечение социальной безопасности и защиту от насилия³⁶. Дискриминация и неравенство в обеспечении доступа к адекватному жилью, образованию, безопасной питьевой воде и санитарии, продовольствию, социальному обеспечению и защите от насилия оказывают существенное влияние на возможность социального дистанцирования и самоизоляции, а также исполнения рекомендаций медицинского персонала.

3.1. Право на питание

Пандемия оказала существенное влияние на доступ к продуктам питания. Хотя в XXI веке производители продуктов питания в состоянии прокормить население всего мира, человечество по-прежнему сталкивается с проблемой голода. По новейшим оценкам, к 2030 г. «830 млн. человек столкнется с голодом» и более 130 млн. может попасть в «категорию крайнего голода»³⁷.

Ограничение доступности продуктов питания является следствием нескольких причин. Пандемия серьезно воздействует на регулярность перевозок продуктов питания, а также компонентов их производства. Хотя огра-

³⁵ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras Human Rights Council. 2015. A/HRC/29/33.

³⁶ Available at: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25945&LangID=E> (дата обращения: 22.02.2022)

³⁷ Available at: <https://hungermap.wfp.org/> (дата обращения: 22.02.2022)

ничения, направленные на противодействие распространению COVID-19, официально не распространялись на логистические цепочки поставок, обеспечить движение товаров в обычном режиме долго не удавалось³⁸. Доставка семян, удобрений, пестицидов, сельскохозяйственного оборудования и других предметов первой необходимости, критически важных для сельскохозяйственного производства, становится все более трудной задачей³⁹. Например, по данным ФАО, задержки с поставками пестицидов из-за значительного сокращения глобальных грузовых авиаперевозок стали одной из крупнейших проблем стран Африканского континента в разгар пандемии COVID-19.

Массовая истерия, вызванная перебоями поставок жизненно необходимых продуктов питания, а также ограничения на передвижение значительно увеличили объем закупаемой продукции, усиливая ее дефицитность и увеличивая цены. Например, в марте 2020 г. цены на продукты в Австралии выросли втрое⁴⁰.

Стимулы для производства и распределения продуктов питания среди социально и экономически уязвимых групп приняты в разных странах с целью обеспечения продовольственной безопасности. Финансирование и пожертвования ресурсов фермерским кооперативам, малым и средним предприятиям принимаются для покрытия продовольственных потребностей местных сообществ во время пандемии. Страны и государства, проводящие политику блокирования границ и дорог, должны обеспечивать доступ к городским и сельским населенным пунктам с целью содействия устойчивости производства и распределения продуктов питания.

Возникают две проблемы, связанные с влиянием COVID-19 на продовольственную безопасность. В краткосрочной перспективе панические закупки во всем мире значительно ограничили доступ уязвимых категорий населения к питанию. В долгосрочной перспективе из-за пандемии растет опасность продовольственного кризиса, что может спровоцировать абсолютную нехватку продовольствия во всем мире.

Доступ к необходимым продуктам питания является важным компонентом профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. В 2020 г. Брукингский Институт провел исследование воздействия COVID-19 на про-

³⁸ Available at: <https://home.kpmg/au/en/home/insights/2020/03/coronavirus-covid-19-actions-for-supply-chain-leaders.html> (дата обращения: 22.02.2022)

³⁹ Available at: https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/2d6ec419-41df-46c9-8b7b-96384cd-36ab3/IFC-Covid19-Logistics-final_web.pdf?MOD=AJPERES&CVID=naqOED5 (дата обращения: 22.02.2022)

⁴⁰ Available at: <https://www.abc.net.au/news/2020-03-22/coronavirus-panic-buying-sees-fresh-produce-price-hikes/12078198> (дата обращения: 22.02.2022)

довольственную безопасность пожилых в США⁴¹. Результаты показали, что лицам пожилого возраста с низким доходом «трудно следовать советам врачей о питании ввиду ограниченной доступности необходимых продуктов». Некоторые респонденты сообщили о хронических заболеваниях (например, диабет), которые ведут к серьезным проблемам со здоровьем и требуют медицинской помощи.

Право человека на питание сформулировано в основополагающих международных договорах универсального характера. МПЭСКП определяет право на питание как «основное право каждого человека быть свободным от голода» и формулирует обязательство государств принимать меры для реализации данного права. В Замечании общего порядка № 12 (1999) КЭСКП также признает, что право на питание предполагает физическую и экономическую доступность в любое время к достаточному питанию или средствам его получения. Всеобщая декларация об искоренении голода и недоедания (1974) провозглашает, что каждый человек имеет неотъемлемое право быть свободным от голода и недоедания, чтобы полностью развиваться и сохранять физические и умственные способности.

3.2. Право на воду

Право человека на воду является обязательным условием для жизни в условиях соблюдения человеческого достоинства и неразрывно связано с правом на наивысший достижимый уровень здоровья⁴². Пандемия COVID-19 вскрыла значительную роль права человека на безопасную воду и санитарные услуги и подчеркнула тесную его взаимосвязь с правом на здоровье. КЭСКП в Замечании общего порядка № 15 (2002) формулирует, что право на воду предполагает обеспечение должного количества безвредной и доступной в экономическом и физическом плане питьевой воды для покрытия повседневных потребностей человека.

Как отметил специальный докладчик о праве человека на безопасную питьевую воду и санитарные услуги, надлежащие профилактические и защитные меры от распространения COVID-19 невозможны без доступа к безопасной воде⁴³. По-прежнему во многих развивающихся странах не вы-

⁴¹ Available at: <https://www.brookings.edu/blog/the-avenue/2020/03/16/for-millions-of-low-income-seniors-coronavirus-is-a-food-security-issue> (дата обращения: 22.02.2022)

⁴² Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка №15: Право на воду (статьи 11 и 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах). 2003, E/C.12/2002/11. Available at: <https://www.refworld.org.ru/docid/47ebcbf02.html> (дата обращения: 22.02.2022)

⁴³ Available at: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26463&LangID=E> (дата обращения: 22.02.2022)

полнено минимального основного обязательства государств насчет доступа к устойчивому, безопасному и чистому водоснабжению.

4. Корпоративная ответственность в отношении охраны прав человека

Проблема доступа к технологиям здравоохранения, в особенности вакцинам, обострившаяся в условиях COVID-19, привлекает все большее внимание к роли ТНК в формировании подобных ограничений. Диспропорциональный доступ к вакцинации в развивающихся странах может привести не только к увеличению смертности и тяжелого течения заболеваний, но и к мутации вируса и снижению эффективности применяемых вакцин, а также методов лечения COVID-19 [Wu К., 2021]. Многочисленные публикации о свойствах вируса и информация о выявлении новых штаммов вируса лишь подтверждают подобную теорию [Kirby Т., 2021: 20–21]. Одним из основных факторов ограничения доступа к технологиям здравоохранения является их дороговизна. Она также способствует усилению неравенства внутри государства, поскольку отдельные страны пытаются возместить часть затрат, взимая плату за доступ к вакцинам или используя механизмы организации бесплатной вакцинации.

Высокая стоимость вакцин, как и других технологий здравоохранения, зачастую обусловлена их патентной защитой. Последняя гарантирует производителям возможность поддерживать высокий уровень инвестиций в исследования для возмещения экономических потерь вследствие затрат, не приводящих к созданию рыночного продукта. В многочисленных заявлениях органов ООН по правам человека признается, что обеспечение всеобщего доступа к основным лекарственным средствам имеет решающее значение в реализации права на здоровье, а нормы защиты прав интеллектуальной собственности не должны преобладать над обязательствами обеспечения всеобщего и справедливого доступа к вакцине против COVID-19⁴⁴.

Хотя ВОЗ инициировала создание механизма COVAX для объединения закупок и расширения доступа к вакцинам в странах с низким и средним уровнем дохода, добровольное финансирование на благотворительной ос-

⁴⁴ ОНЧР. COVID-19: UN experts urge WTO cooperation on vaccines to protect global public health, 2021; ОНЧР. Statement by UN human rights experts universal access to vaccines is essential for prevention and containment of COVID-19 around the world, 2020; CESC. Statement on universal and equitable access to vaccines for the coronavirus disease (COVID-19), 2020; CESC. Statement on universal affordable vaccination for COVID-19, international cooperation and intellectual property. E/C.12/2021/1, 2021; UN General Assembly. The interim report of the special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/67/302.

нове сталкивается с серьезным недостатком необходимых медицинских средств. По прогнозам ВОЗ, большинство жителей стран с низким уровнем дохода не будет вакцинированы в должном объеме до конца 2023 г.⁴⁵

Основополагающее значение в обеспечении доступа к технологиям здравоохранения имеет право на доступ к достижениям научного прогресса, закрепленное в ряде международных договоров универсального и регионального характера. Борьба с пандемией требует от государств твердой приверженности международному научному сотрудничеству, предполагающему обмен наилучшими научными знаниями и их практическое применение, особенно в медицинской области, что становится решающим фактором смягчения последствий болезни и ускорения открытия действенных методов лечения и вакцинирования.

Впервые данное право сформулировал Комитет теоретических основ прав человека, созданный ЮНЕСКО в 1947 г. для разработки базовых понятий ВДПЧ. В заявлении Комитета «Основы международной декларации прав человека» признавалось «право на долю в прогрессе», характеризующееся «правом на полный доступ к пользованию техническими и культурными достижениями цивилизации». В ст. 27 ВДПЧ установлено право каждого участвовать в научном прогрессе и пользоваться его благами, что в последующем подтверждается в п. 1(b) ст. 15 МПЭСКИП.

В Маастрихтских руководящих принципах, касающихся нарушений экономических, социальных и культурных прав (1997) сформулировано обязательство государств противодействовать ТНК при нарушении положений МПЭСКИП. В контексте проблемы доступа к вакцинам против COVID-19 КЭСКИП подчеркнул, что государства «обязаны предотвращать правовые режимы интеллектуальной собственности и патентов от подрыва осуществления экономических, социальных и культурных прав», а режим интеллектуальной собственности должен толковаться и применяться таким образом, чтобы поддерживать обязанность государств «защищать здоровье населения».

Одним из немногих практических механизмов реализации права человека на доступ к достижениям научного прогресса является добровольное лицензирование. Под добровольным лицензированием понимается добровольная передача патентообладателем права на пользование патентом третьим сторонам на основе лицензионных соглашений. После принятия Дохинской декларации (2001) фармацевтические компании, действуя в рамках программ корпоративной социальной ответственности, все чаще применяют лицензионные соглашения, давая возможность производителям генерических (воспроизведенных) препаратов производить и продавать их продукцию в определенных географических регионах. Подобные инициативы реализуются в регионах с низким показателем доступности лекарственной

⁴⁵ Available at: <https://news.un.org/en/story/2021/01/1082362> (дата обращения: 22.02.2022)

терапии и финансирования системы медицинской помощи [Amin T., 2007]. Одной из форм реализации описанного механизма на систематической основе стал патентный пул лекарственных средств [Bermudez J., 2010: 37–40]. В рамках переговорного процесса пул договаривается с патентообладателями о возможности передачи прав производства лекарственных средств лечения ВИЧ, гепатита и туберкулеза другим производителям на неисключительной и недискриминационной основе для распространения на территории стран с низким уровнем экономического развития. При этом патентообладатели получают лицензионное вознаграждение за доступ к их интеллектуальной собственности. В марте 2020 г. мандат пула расширен: в него включены технологии лечения COVID-19. На сегодняшний день заключен ряд лицензионных соглашений расширяющих доступ к терапии COVID-19 в развивающихся регионах мира.

С целью разработки технологий здравоохранения для противодействия инфекционным пандемиям необходимо в рамках региональных торговых соглашений, а также документов, разрабатываемых ВТО, нормативно закрепить обязательства по обмену научными данными между ТНК и государствами. Не менее важно для оценки справедливости ценообразования технологий здравоохранения формировать открытую систему обмена информацией насчет объема инвестиций в разработку технологий здравоохранения между ТНК и государствами. Это можно реализовать в рамках добровольного соглашения между ТНК и ВОЗ в отношении предоставления соответствующей информации по согласованному перечню социально значимых и высокочувствительных заболеваний.

5. Противоправные деяния в сфере охраны здоровья

В последние десятилетия во многих регионах мира здравоохранение является одной из наиболее уязвимых сфер для распространения различных форм противоправной деятельности, включая коррупционные процессы, производство и распространение фальсифицированных и низкокачественных средств медицинского применения, получение доступа к персональным данным пациентов.

Коррупция в секторе здравоохранения приводит к гибели человеческих жизней и растрате государственных денег, препятствует доступу наиболее уязвимых и маргинализированных слоев населения к медицине [Toebes B., 2010: 112–144]. Негативное влияние коррупции на доступ к качественной медико-социальной помощи неоднократно рассматривалось в документах международных организаций по правам человека⁴⁶. В частности, задачи по

⁴⁶ Окончательный доклад Консультативного комитета Совета по правам человека по вопросу о негативном воздействии коррупции на осуществление прав человека. Совет по пра-

сокращению масштабов коррупции и взяточничества были сформулированы в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.

Коррупционные процессы усиливаются под влиянием чрезвычайных ситуаций. С момента начала COVID-19 повсеместно отмечается тенденция к нарастанию противоправной деятельности в сфере охраны здоровья. Систематический дефицит средств медицинского применения приводит к монопольному завышению цен на средства индивидуальной защиты. КЭСКИ настоятельно призывает государства принимать нормативные меры для предотвращения спекуляции средствами медицинского применения и формирования транспарентных закупочных процедур, что позволит обеспечить своевременный доступ к вакцинам и тестированию в особенности уязвимых категорий населения⁴⁷. Негативное воздействие коррупции на осуществление прав человека в контексте пандемии сформулированы в рамках резолюции Совета по правам человека № 47/7.

Опережающий рост потребности в различных медицинских средствах приводит к распространению низкокачественной и фальсифицированной продукции, а также к коррупции в закупочной деятельности. Ежегодно в 90 странах 700 тыс. человек умирают вследствие фальсификации лекарственных средств лечения малярии и туберкулеза [Harris J., Stevens P., Morris J., 2009: 1–28]. При многочисленности отдельных сообщений о выявлении низкокачественных и фальсифицированных лекарственных средств подобная информация не систематизируется на международном уровне. Исследования дают лишь ограниченную картину, а публикации содержат информацию о статистике выявления низкокачественной и фальсифицированной продукции по отдельным группам заболеваний.

Риск фальсификации лекарственных средств повышен не только для средств медицинского применения, используемых при COVID-19, но также и для других лекарственных средств и изделий, особенно в условиях всеобщего дефицита. Увеличение объема обрабатываемой фальсифицированной медицинской продукции подтверждается международными и региональными организациями. В частности, еще в 2011 г. Конференция сторон Конвенции Совета Европы сделала заявление «о контрафактной медицинской продукции и аналогичной преступной деятельности, составляющей угрозу здравоохранению» (Конвенция Медикрим). ВОЗ совместно с Европейским агентством по лекарственным средствам (ЕМА) опубликовала предупреж-

вам человека. A/HRC/28/73; Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. A/72/137. 2017.

⁴⁷ Там же.

дение об увеличении обращаемой фальсифицированной медицинской продукции⁴⁸.

Пандемия COVID-19 послужила стимулом активного внедрения цифровых технологий в систему организации медицинской помощи, что помимо решения проблем здравоохранения создало ряд проблем в сфере защиты медицинских данных. В ряде регионов мира обнародовали персональные данные лиц, перенесших COVID-19, несмотря на отсутствие правовых механизмов, защищающих конфиденциальность личных и медицинских данных. Одним из существенных последствий пандемии стали систематические нарушения конфиденциальности данных о здоровье пациентов. Хотя важным компонентом права на здоровье является право на поиск, получение и передачу информации, касающуюся вопросов здоровья, последнее из названных прав не отменяет права на конфиденциальность личных данных о здоровье или право на неприкосновенность частной жизни⁴⁹. Хотя возможность обработки персональных данных является важным компонентом сдерживания распространения пандемии, в то же время данные процессы необходимо осуществлять с соблюдением надлежащих правовых норм.

Заключение

Пандемия COVID-19 и ее последствия продемонстрировали несостоятельность международно-правовых механизмов в реализации социальной группы прав человека, сформулированных в основополагающих международно-правовых договорах универсального и регионального характера, а также иных актах международных организаций. Проведенный анализ позволил сформулировать ряд системных проблем, угрожающих безопасности человека в условиях пандемий и иных чрезвычайных ситуаций в сфере охраны здоровья, требующих разработки и внедрения комплексных предложений, направленных на противодействие чрезвычайным ситуациям в сфере охраны здоровья международного характера.

Первостепенной угрозой сдерживанию пандемий является дефицит необходимых технологий здравоохранения, включая вакцины, лекарства, медицинские изделия и др. Дефицит, формируемый под влиянием различных факторов, включая положения международно-правовых договоров, регулирующих торговлю, отсутствие необходимых масштабов производства и недостаточный уровень благосостояния государств определяют необходи-

⁴⁸ Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-beware-falsified-medicines-un-registered-websites> (дата обращения: 22.02.2022)

⁴⁹ Доклад специального докладчика о праве каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. A/HRC/47/28.

мость конкретизации положений международно-правовых гарантий в сфере охраны здоровья. В частности, одним из целесообразных решений является предложение о подготовке КЭСКО нового Замечания общего порядка, переосмысливающего положения Замечания общего порядка № 14 (2000) на основании современных особенностей здравоохранения, учитывающих взаимозависимость и взаимосвязь права на здоровье и права на доступ к достижениям научного прогресса. Подобный подход позволит уточнить нормативное содержание понятия «в пределах имеющихся ресурсов», сформулированное в МПЭСКО, и обеспечить универсальный подход к установлению правовых гарантий права человека на здоровье на национальном уровне.

Анализ многочисленных научных исследований и документов международных организаций, посвященных проблеме противодействия пандемии, продемонстрировал, что важнейшим аспектом обеспечения права на здоровье является закрепление данных обязательств в рамках международных актов, регулирующих торговые процессы, а также дальнейшая конкретизация обязательств ТНК перед государствами в деле охраны здоровья человека. В подобной ситуации разумными являются предложения о развитии механизма добровольного лицензирования производства технологий здравоохранения для расширения их доступности в развивающихся регионах мира. Другим практическим решением может стать формирование международно-правовых механизмов, направленных на устойчивый обмен результатами исследований между ТНК и государствами для облегчения своевременного доступа к разрабатываемым технологиям.

Пандемия COVID-19 обнажила диспропорции в доступе к медицинской помощи среди уязвимых категорий населения ввиду перегрузки на учреждений здравоохранения, а также длительных карантинных ограничений. В подобной ситуации первостепенной мерой является нормативное закрепление в национальном законодательстве гарантий своевременного доступа к технологиям здравоохранения в полном объеме. Особое внимание следует уделить конкретизации обязательств в отношении специальной медико-социальной помощи, направленной на реабилитацию и абилитацию лиц с инвалидностью, а также на социальную помощь лицам пожилого возраста. Медицинских работников и сотрудников социальной сферы, являющихся важнейшим элементом охраны здоровья, также следует относить к уязвимым категориям при чрезвычайных ситуациях в сфере охраны здоровья, что требует упрочения гарантий справедливых условий труда в рамках международных договоров универсального и регионального характера.

В связи со системностью проблем международно-правового регулирования охраны здоровья для противодействия пандемиям и иным кризисным ситуациям, в доктрине и в документах международных организаций все чаще выдвигаются предложения о разработке соответствующего междуна-

родного договора универсального характера. Перечень угроз, а также предложений практического характера может служить основой работы над таким документом, а также проведения дальнейших исследований.



Список источников

1. Хабриева Т.Я. «Юриспруденция пандемии»: территория чрезвычайного положения. Журнал зарубежного законодательства и сравнительного правоведения, 2022, том 18, № 1, С. 5–9.
2. Amin T. Voluntary licensing practices in pharmaceutical sector: an acceptable solution to improving access to affordable medicines. Available at: <https://www.i-mak.org/wp-content/uploads/2017/10/Oxfam-VoluntaryLicensingResearchIMAKWebsite.pdf> (дата обращения: 22.02.2022)
3. Bermudez J. The UNITAID patent pool initiative: bringing patents together for the common good. The Open AIDS Journal, 2010, vol. 4, pp. 37–40.
4. Dalglish S. COVID-19 gives the lie to global health expertise. The Lancet, 2020, vol. 395, p. 1189.
5. Fidler D. Negotiating equitable access to influenza vaccines: global health diplomacy and the controversies surrounding avian influenza H5N1 and pandemic influenza H1N1. In: E. Rosskam (ed.). Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy. Hackensack (N.J.): World Scientific Publishing, 2012, pp. 161–172.
6. Gottret P., Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. Washington: World Bank, 2006, 340 p.
7. Harris J., Stevens P., Morris J. Keeping it Real: Protecting the World's Poor from Fake Drugs. International Policy Network Report, 2009. Available at: <http://www.africanliberty.org/wp-content/uploads/Keepingitreal.pdf> (дата обращения: 22.02.2022)
8. Kirby T. New variant of SARS-CoV-2 in UK causes surge of COVID-19. The Lancet Respiratory Medicine, 2021, vol. 9 (2), p. 20–21.
9. Maani N., Galea S. COVID-19 and underinvestment in the public health infrastructure of the United States. The Milbank Quarterly, 2020, vol. 2, pp. 250–259.
10. Pūras D. et al. The right to health must guide responses to COVID-19. The Lancet, 2020, vol. 395, pp. 1888–1890.
11. Prante F. et al. Decades of tight fiscal policy have left the health care system in Italy ill-prepared to fight the COVID-19 outbreak. Intereconomics, 2020, vol. 55, pp. 147–152.
12. Shadmi E. et al. Health equity and COVID-19: global perspectives. International Journal for Equity in Health, 2020, vol. 19, no. 104, pp. 1–16.
13. Tan-Torres T. et al. Projected healthcare resource needs for an effective response to COVID-19 in 73 low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet Global Health, 2020, vol. 8, p. 1372–1379.
14. Toebe B. Human rights and health sector corruption. In: Global Health and Human Rights. J. Harrington (ed.). N.Y.: Routledge, 2010, pp. 112–144.
15. Wu K. Coronavirus Reinfection Will Soon Become Our Reality. Available at: <https://www.theatlantic.com/science/archive/2021/02/coronavirus-reinfection/618128/> (дата обращения: 22.02.2022)



References

1. Amin T. (2017) Voluntary licensing practices in the pharmaceutical sector: an acceptable solution to improving access to affordable medicines. Available at: <https://www.i-mak.org/wp-content/uploads/2017/10/Oxfam-VoluntaryLicensingResearchIMAK-Website.pdf> (accessed: 22.02.2022)
2. Bermudez J. (2010) The UNITAID patent pool initiative: bringing patents together for the common good. *The Open AIDS Journal*, no. 4, pp. 37–40.
3. Dalglish S. (2020) COVID-19 gives the lie to global health expertise. *The Lancet*, no. 395 (10231), p.1189.
4. Fidler D. (2012) Negotiating equitable access to influenza vaccines: global health diplomacy and the controversies surrounding avian influenza H5N1 and pandemic influenza H1N1. In: *Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy*. E. Rosskam (ed.). Hackensack (N.J.): World Scientific Publishing, pp. 161–172.
5. Gottret P., Schieber G. (2006) *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Wash.: World Bank Publications, 340 p.
6. Harris J., Stevens P., Morris J. (2009) Keeping it real: protecting the world's poor from fake drugs. Available at: <http://www.africanliberty.org/wp-content/uploads/keepingitreal.pdf> (accessed: 22.02.2022)
7. Kirby T. (2021) New variant of SARS-CoV-2 in UK causes surge of COVID-19. *The Lancet Respiratory Medicine*, no. 2, pp. 20–21.
8. Khabrieva T. Ya. (2022) Jurisprudence of the pandemic: an emergency territory. *Zhurnal zarubezhnogo zakonodatelstva i sravnitel'nogo pravovedeniya*=Journal of Foreign Legislation and Comparative Law, vol. 18, no. 1, pp. 5–9 (in Russ.)
9. Maani N., Galea S. (2020). COVID-19 and underinvestment in public health of the United States. *The Milbank Quarterly*, no. 2, pp.250–259.
10. Pūras D. et al. (2020) The right to health must guide responses to COVID-19. *The Lancet*, no. 395, pp. 1888–1890.
11. Prante F. et al. (2020) Decades of tight fiscal policy have left the health care system in Italy ill-prepared to fight the COVID-19 outbreak. *Intereconomics*, no. 55, pp. 147–152.
12. Shadmi E. et al. (2020) Health equity and COVID-19: global perspectives. *International Journal for Equity in Health*, vol. 19, no. 104, pp.1–16.
13. Tan-Torres E. et al. (2020) Projected healthcare resource needs for an effective response to COVID-19 in 73 low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health*, no. 8, pp. 1372–1379.
14. Toebes B. (2010) Human rights and health sector corruption. In: *Global Health and Human Rights*. N.Y.: Routledge, pp. 112–144.
15. Wu K. (2021) Coronavirus reinfection will soon become our reality. Available at: <https://www.theatlantic.com/science/archive/2021/02/coronavirus-reinfection/618128/> (accessed: 22.02.2022)

Информация об авторах:

А.Х. Абашидзе — доктор юридических наук, профессор.

В.С. Маличенко — кандидат юридических наук, старший научный сотрудник.

Information about the authors:

A.Kh. Abashidze — Doctor of Sciences (Law), Professor.

V.S. Malichenko — Senior Researcher, Candidate of Sciences (Law).

Статья поступила в редакцию 11.03.2022; одобрена после рецензирования 29.07.2022; принята к публикации 28.10.2022.

The article was submitted to editorial office 11.03.2022; approved after reviewing 29.07.2022; accepted for publication 28.10.2022.