

Правовые нормы, применимые в обстановке нестабильности и насилия, влияющей на оказание медико-санитарной помощи в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций

Александр Брейтеггер*

Александр Брейтеггер является юриконсультантом Тематического правового отдела Международного Комитета Красного Креста.

Краткое содержание

Обеспечение уважительного отношения к раненым и больным, их защита и оказание им медико-санитарной помощи стали основополагающими принципами формирования Движения Красного Креста и Красного Полумесяца и развития международного гуманитарного права (МГП). В условиях современных вооруженных конфликтов и других чрезвычайных

* Высказанные здесь мнения являются мнениями автора и не обязательно отражают позицию Международного Комитета Красного Креста. Автор выражает благодарность Кнуту Дёрману, Жану-Франсуа Кегинеру, Брюно Демейеру и Тристану Ферраро за их полезные комментарии к предварительным вариантам статьи.

ситуаций главную проблему представляют не пробелы в существующих международных нормах, а имплементация соответствующих положений МГП и международного права прав человека (МППЧ), формирующих дополнительные рамки правового регулирования в этой области. Анализ различных ситуаций насилия, которые сотрудники МККК наблюдали в зонах нестабильности, и консультации экспертов, которые проводились в рамках проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой», позволили в данной статье выявить точки соприкосновения между двумя правовыми режимами, в том числе в отношении обязанностей, касающихся обеспечения и облегчения беспристрастного предоставления медико-санитарной помощи; запрещения нападений на раненых и больных, а также на медицинские учреждения и их персонал; запрещения необоснованного ограничения доступа к медико-санитарным услугам; запрещения преследовать медико-санитарный персонал в нарушение медицинской этики; или в отношении позитивных обязанностей по обеспечению необходимых медикаментов и медико-санитарной инфраструктуры, а также защиты медицинских учреждений и персонала от насилия со стороны других лиц. В конце статьи указаны конкретные области, в которых необходимо обеспечить имплементацию действующих положений МГП и МППЧ, в том числе национальные законодательства государств, военные доктрины и практики, а также системы подготовки медико-санитарного персонала на основе данных норм международного права и медицинской этики.

Ключевые понятия: правовые нормы, оказание медико-санитарной помощи, международное гуманитарное право, МГП, международное право прав человека, МППЧ.



Поддержание качества медицинской помощи на надлежащем уровне и обеспечение уважения и защиты раненых, больных, медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств во время вооруженных конфликтов стали главными стимулами создания 150 лет назад Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца. Эти соображения сыграли решающую роль в развитии международного гуманитарного права (МГП)¹, в том числе в принятии четырех Женевских конвенций в 1949 г. и Дополнительных протоколов к ним в 1977 г., которые содержат подробный свод норм в указанной области².

1 См., например: Конвенция об улучшении участи раненых и больных воинов во время сухопутной войны от 22 августа 1864 г., ст. 6–8, 10, 11, 13; Конвенция (II) о законах и обычаях сухопутной войны и приложение к ней: «Положение о законах и обычаях сухопутной войны» от 29 июля 1899 г., ст. 21; Конвенция (III) об адаптации к боевым действиям на море принципов Женевской конвенции от 22 августа 1864 г., от 29 июля 1899 г., ст. 1–4, 6–8; Конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях от 6 июля 1906 г., ст. 1, 3, 5–9, 14, 15, 17; Конвенция (IV) о законах и обычаях сухопутной войны и приложение к ней: «Положение о законах и обычаях сухопутной войны», от 18 октября 1907 г., ст. 21; Конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях от 27 июля 1929 г., ст. 1, 3, 5–9, 14, 15, 17.

2 Ссылки на четыре Женевские конвенции и три Дополнительных протокола к ним далее

Реальная оперативная обстановка в зонах современных вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций (таких как беспорядки и напряженность внутри страны) свидетельствует о том, что эти соображения и в наши дни не утратили своей актуальности, поскольку нестабильность и насилие, сопутствующие вооруженным конфликтам и другим чрезвычайным ситуациям, значительно влияют на возможность предоставления и доступность медико-санитарной помощи. Например, представители власти или вооруженных сил или служб безопасности могут ограничить либо запретить доступ к раненым и больным³, намеренно создавая препятствия на пути следования санитарно-транспортных средств, либо задерживая их⁴ на контрольно-пропускных пунктах, либо вводя общие административные ограничения на деятельность гуманитарных организаций; медицинские учреждения⁵, также раненые и больные могут стать объектами прямых или

указываются следующим образом: ЖК I и II, III и IV; ДП I, II и III. См.: ЖК I, ст. 12, 15, 18, 19, 21, 22–27, 35, 36; ЖК II, ст. 12, 18, 21–40; ЖК IV, ст. 14–22; ЖК I–IV, ст. 3; ДП I, ст. 8, 10, 12, 13, 15–17, 21–28; ДП II, ст. 2, 7–11, 18. Положения конвенций об оказании медико-санитарной помощи в значительной степени отражают нормы обычного международного права, о чем свидетельствуют следующие нормы, обобщенные МККК в Исследовании обычного международного гуманитарного права: норма 25 — Медицинский персонал; норма 26 — Лица, выполняющие медицинские функции; норма 28 — Медицинские формирования; норма 29 — Санитарно-транспортные средства; норма 35 — Санитарные, безопасные и нейтрализованные зоны; норма 109 — Поиск, сбор и эвакуация раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение; норма 110 — Медицинская помощь раненым, больным и потерпевшим кораблекрушение и уход за ними; норма 111 — Защита раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, от дурного обращения и разграбления их личного имущества.

- 3 Категория «раненые и больные» не ограничивается ранеными и больными в строгом смысле этих слов, но также охватывает, например, рожениц. Этот термин используется в настоящем документе в соответствии с определением, содержащимся в МПП, т. е. в ст. 8(а) ДП I: ««раненые» и «больные» означают лиц, как военнослужащих, так и гражданских, которые вследствие травмы, болезни или другого физического или психического расстройства или инвалидности нуждаются в медицинской помощи или уходе и которые воздерживаются от любых враждебных действий. Эти слова также относятся к роженицам, новорожденным детям и другим лицам, которые могут нуждаться в данное время в медицинской помощи или уходе, например беременные женщины или немощные, и которые воздерживаются от любых враждебных действий». Это определение согласуется с широким пониманием различных аспектов права на здоровье в интерпретации Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП), представленной им в 2000 г. в своем Замечании общего порядка о праве на здоровье. По этой причине тот же самый термин «раненые и больные», прямо используемый только в положениях МПП, также считается приемлемым для лиц, нуждающихся в медико-санитарной помощи в соответствии с международным правом прав человека.
- 4 Термин «санитарно-транспортные средства» в этой статье, как правило, используется в более широком смысле по сравнению с техническим определением МПП, приведенным в ст. 8(g) ДП I (которое относится к транспортным средствам, предназначенным исключительно для санитарной перевозки и находящимся под контролем компетентного органа власти стороны, находящейся в конфликте), и также распространяется, например, на частные автомобили, используемые для перевозки раненых и больных в медицинские учреждения. Однако там, где правовой статус «санитарно-транспортных средств» анализируется конкретно в рамках МПП, содержание данного термина соответствует его содержанию в положениях МПП.
- 5 Термин «медицинские формирования» определяется ст. 8(e) ДП I как учреждения и другие формирования, военные и гражданские, которые созданы для медицинских целей, а именно: для розыска, подбирания, транспортировки, установления диагноза или лечения (включая оказание первой помощи) раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, а также для профилактики заболеваний. Этот термин относится к госпиталям и другим подобным учреждениям, центрам переливания крови, центрам и институтам профилактической

неизбирательных нападений; представители вооруженных сил могут осуществить силовое вторжение в здание госпиталя для проведения допроса пациентов, что негативно повлияет на лечебный процесс; персонал медицинских учреждений может подвергаться угрозам со стороны личного состава вооруженных сил и членов негосударственных вооруженных формирований с целью воспрепятствования их работе; либо медико-санитарный персонал⁶ может отказать в оказании медицинской помощи раненым и больным на основании их политических убеждений.

Важно следующее обстоятельство: последствия нестабильности и насилия в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций выходят далеко за рамки прямых последствий отдельных инцидентов, связанных с угрозами и насилием в отношении медико-санитарного персонала, медицинских учреждений и санитарного транспорта. В странах, пострадавших от вооруженных конфликтов или иных чрезвычайных ситуаций, косвенные последствия отдельных инцидентов или просто общего состояния незащищенности, хотя они с трудом поддаются измерению, могут оказаться катастрофическими как для местного населения, нуждающегося в медико-санитарной помощи, так и для всей системы государственного здравоохранения в целом. Например, реакцией руководства больницы на ущерб, причиненный в результате вооруженного нападения, может стать закрытие медицинского учреждения, в результате чего местное население в дальнейшем лишается возможности получать столь необходимую ему медико-санитарную помощь. Помимо этого специалисты-медики могут в массовом порядке покинуть страну из-за получаемых в свой адрес угроз или в связи с общим состоянием незащищенности в результате продолжающихся боевых действий; это может значительно сокра-

медицины, складам медицинского имущества и медико-фармацевтическим складам таких формирований. Медицинские формирования могут быть стационарными или подвижными, постоянными или временными. Значение термина «медицинские учреждения» шире в том смысле, что он относится ко всем объектам, перечисленным в ст. 8(е) ДП I, но при этом не предполагает их назначения стороной, находящейся в конфликте, исключительно для медицинских целей.

- 6 Понятие «медико-санитарный персонал» в данной статье используется в широком смысле и распространяется на всех лиц, занятых уходом за ранеными и больными: медсестер, врачей, санитаров и водителей автомобилей скорой помощи. Его содержание шире, чем содержание технического правового термина «медицинский персонал», приведенного в ст. 8(с) ДП I и обозначающего «лиц, которые назначены стороной, находящейся в конфликте, исключительно для медицинских целей, перечисленных в пункте (е), для административно-хозяйственного обеспечения медицинских формирований, или для работы на санитарно-транспортных средствах и для их административно-технического обеспечения. Такие назначения могут быть либо постоянными, либо временными». Там где используется термин «медицинский персонал», он используется в значении, указанном в ст. 8(с) ДП I. Следует особо отметить, что в соответствии с правилами международного гуманитарного права в отношении лиц, которые не назначены стороной конфликта исключительно для выполнения медицинских функций, не применяется специальный режим защиты, предусмотренный для медицинского персонала, но — если они являются гражданскими лицами — им обеспечивается общая защита, предусмотренная для гражданских лиц. С другой стороны, расширенный режим защиты лиц, оказывающих медицинскую помощь, соответствует принципам медицинской этики, указанным в ст. 16 ДП I и ст. 10 ДП II.

тить и без того ограниченную численность медико-санитарного персонала. Нестабильность, насилие и угрозы могут также привести к приостановке или полному прекращению программ вакцинации, и, как следствие, многие сообщества могут пострадать от отсутствия доступа к этим жизненно важным медико-санитарным услугам⁷. По мнению Международного Комитета Красного Креста (МККК), гуманитарная проблема нестабильности и насилия в контексте оказания медицинской помощи в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций еще в должной мере не оценена и надлежащие меры не приняты, хотя потенциальная значимость проблемы огромна.

Ввиду актуальности проблемы применительно к беспристрастному⁸ предоставлению медико-санитарной помощи в обстановке нестабильности и насилия участникам Движения Красного Креста и Красного Полумесяца необходимо уделить ей особое внимание. Осознавая эту необходимость, участники Движения координируют направления своей деятельности в течение последних нескольких лет. В 2009 г. в Найроби Совет делегатов Движения принял Резолюцию № 8, в которой призвал все стороны, участвующие в вооруженных конфликтах, и всех тех, кто вовлечен в ситуации насилия, оказывать и обеспечивать уважительное отношение к медико-санитарному персоналу, медицинским учреждениям и их транспортным средствам, а также принимать все возможные меры для обеспечения безопасного и своевременного доступа к медицинской помощи. Совет также призвал МККК и национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца содействовать продвижению, распространению и поддержке имплементации на национальном уровне обязательств, установленных международным гуманитарным правом и правом прав человека, по уважению и защите субъектов и объектов здравоохранения в условиях вооруженных конфликтов и других ситуаций насилия. Совет обратился в МККК с просьбой подготовить тематический доклад для XXXI Международной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца в 2011 г.

Резолюция Совета делегатов 2009 г. послужила стартовой площадкой для запуска в 2011 г. нового четырехлетнего проекта под названием «Оказание медицинской помощи под угрозой», инициатором которого выступил МККК. Этот проект Движения Красного Креста и Красного Полумесяца направлен на изучение и решение серьезной проблемы, которую представляют собой гуманитарные последствия нестабильности и насилия на процесс оказания медико-санитарной помощи во время вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций путем принятия

7 ICRC, *Violent Incidents Affecting Health Care: January to December 2012*, p. 8, доступно по адресу: https://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf; Robin Coupland, *Health Care in Danger: A Sixteen-Country Study*, ICRC, July 2011, p. 3. Последние посещения сайта по всем ссылкам относятся к сентябрю 2015 г.

8 Термин «беспристрастность», как правило, означает отсутствие дискриминации при оказании медико-санитарной помощи раненым и больным, при этом различия в порядке оказания медицинской помощи допускаются только на основании медицинских показаний. Этот аспект далее рассматривается более подробно.

практических мер по обеспечению безопасного доступа раненых и больных к эффективной и беспристрастной медико-санитарной помощи⁹.

Важным этапом реализации проекта стала XXXI Международная конференция Красного Креста и Красного Полумесяца. В преддверии Конференции МККК опубликовал доклад о проведенном в 16 странах тематическом исследовании, в котором описаны типичные ситуации нестабильности и насилия, влияющие на оказание медико-санитарной помощи во время вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций. Главный вывод проведенного исследования таков: проблема ситуаций нестабильности и насилия, влияющих на предоставление медико-санитарной помощи, выходит за рамки арифметической задачи по суммированию одиночных инцидентов; это комплексная гуманитарная конкретная проблема, решение которой следует искать не столько в сфере здравоохранения, сколько в области права и политики, посредством диалога по гуманитарным вопросам и путем принятия соответствующих превентивных мер, разработанных различными заинтересованными сторонами, включая вооруженные силы государств¹⁰. На Конференции участники приняли Резолюцию №5, озаглавленную «Медицинские учреждения и работники под угрозой: обеспечить уважение и защиту медицинского персонала, медицинских формирований, учреждений и санитарно-транспортных средств»¹¹. Резолюция призывает МККК инициировать консультации с экспертами государств, Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и представителями органов здравоохранения, чтобы выработать практические рекомендации по повышению уровня безопасности оказания медико-санитарной помощи в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций; итоги проделанной работы должны быть представлены в виде доклада на XXXII Международной конференции в 2015 г.¹²

Поиском практических решений занялись эксперты в ходе семинаров, организованных МККК в 2012–2014 гг. в партнерстве с государствами, национальными обществами Красного Креста и Красного Полумесяца, медицинскими профессиональными ассоциациями и неправительственными организациями (НПО). Несколько семинаров уже состоялись, что способствовало мобилизации усилий для решения проблемы специалистов-медиков, представителей общества Красного Креста и Красного Полумесяца, Всемирной медицинской ассоциации, национальных медицинских ассоциаций, министерств здравоохранения и НПО. В 2014 г. пла-

9 Хотя тема оказания медико-санитарной помощи лицам, лишенным свободы, также поднимает важные вопросы, они выходят за рамки проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой» и, следовательно, не рассматриваются в этой статье.

10 R. Coupland, см. выше примечание 7, р. 12.

11 Резолюция № 5, XXXI Международная конференция Красного Креста и Красного Полумесяца, 30 ноября 2011 г., доступно по адресу: <https://www.icrc.org/rus/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm>.

12 Там же, п. 14.

нируется провести региональные межправительственные консультации в целях изучения практических рекомендаций, подготовленных участниками семинаров, а также для стимулирования процесса их утверждения и реализации на уровне государств¹³. Кроме того, МККК и национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца стремятся совершенствовать свои методы организации и ведения работы, а также намерены содействовать реализации конкретных рекомендаций, предложенных участниками вышеуказанных экспертных семинаров, в контексте своих оперативных задач.

МККК продолжает изучать проблему путем сбора информации о случаях насилия на 23 подотчетных ему территориях. Промежуточным итогом этой работы стало издание в 2013 г. доклада об инцидентах, информация о которых собиралась в течение 2012 г. В докладе отмечается, что факторы нестабильности и насилия в отношении оказания медико-санитарной помощи оказывают влияние на глобальном уровне, несмотря на то, что их действие в значительной мере локализовано, так как подавляющее большинство (более 90%) медицинских работников, пострадавших в результате эскалации нестабильности и насилия в отношении лиц, оказывающих медико-санитарную помощь, были местными жителями. Согласно представленным в докладе фактам, тех, кто совершает акты насилия, нельзя отнести к одной, доминирующей категории правонарушителей, поскольку они представляют как государственные вооруженные силы и силы безопасности, так и негосударственные вооруженные формирования. Кроме того, в докладе отмечается, что инциденты с медико-санитарным персоналом по большей мере сводятся к угрозам, а не к прямым актам насилия против него¹⁴.

В резолюции, принятой в 2011 г. на Международной конференции, содержится напоминание о применимых нормах права, касающихся уважения и защиты раненых и больных, медико-санитарного персонала, медицинских учреждений и санитарного транспорта, а также процесса оказания медико-санитарной помощи в условиях вооруженных конфликтов или других чрезвычайных ситуаций¹⁵. Резолюция призывает государства принять надлежащие меры по имплементации на национальном уровне соответствующих правовых норм и обеспечить эффективное расследование преступлений в отношении медико-санитарного персонала, медицинских учреждений и принадлежащих им транспортных средств, привлекая виновных к уголовной ответственности¹⁶.

Для целей настоящей статьи важно то, что на конференции 2011 г. МККК также представил обзорный доклад, в котором, помимо общего описания проблемы и перечисления наиболее важных выводов из отчета

13 В рамках этой инициативы осуществляется коммуникационный проект под названием «Вопрос жизни и смерти», нацеленный на повышение информированности и мобилизация поддержки данной инициативы.

14 См. выше примечание 7, ICRC, *Violent Incidents Affecting Health Care*.

15 Там же, para. 1.

16 Там же, paras. 2 and 6.

о проведенном в 16 странах исследовании, были проанализированы правовые вопросы, касающиеся вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций¹⁷. Настоящая статья является продолжением этого аналитического исследования с учетом результатов дискуссий экспертов в ходе последовавших консультаций. Следует особо отметить, что суть проблемы не столько в отсутствии адекватной международно-правовой базы, сколько в имплементации существующих норм МГП и международного права прав человека (МППЧ).

В первой части статьи содержатся общие комментарии о сферах применения норм МГП и МППЧ для защиты лиц, оказывающих медико-санитарную помощь в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций. Эти комментарии акцентируют внимание на некоторых существенных различиях между двумя правовыми режимами. Во-первых, МГП предусматривает меры защиты исключительно для медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств, а МППЧ не ограничивает меры защиты столь жесткими рамками. Во-вторых, нормы МГП распространяются на все участвующие в конфликте стороны, включая (если вооруженный конфликт не носит международного характера) негосударственные организованные вооруженные группы. С другой стороны, нормы МППЧ традиционно применяются только в отношении государств, при этом существует множество противоречивых мнений относительно распространения вытекающих из МППЧ обязательств на негосударственные вооруженные группы, и если такие группы все же несут обязательства согласно МППЧ, то в какой мере. Позиция МККК состоит в том, что с точки зрения закона негосударственные вооруженные группы вообще не несут вытекающих из МППЧ обязательств, за исключением ситуации, когда негосударственная вооруженная группа *de facto* выполняет обязанности, которые могут получить признание в силу фактической способности группы действовать в качестве правительства государства¹⁸. Наконец МППЧ, как правило, предусматривает возможность частичного ограничения отдельных прав — в отличие от МГП. С другой стороны, в некоторых случаях нормы МППЧ могут успешно дополнять положения МГП во время вооруженных конфликтов: например, когда способность государственных органов решать проблемы, связанные с конкретными косвенными последствиями нестабильности и насилия в отношении оказания медико-санитарной помощи, не ослаблена активными боевыми действиями, что характерно для ситуации длительной оккупации при низком уровне или полном отсутствии боевых действий.

17 Проект резолюции и доклад «Медицинские учреждения и работники под угрозой: обеспечить уважение и защиту медицинского персонала, медицинских формирований, учреждений и санитарно-транспортных средств», доступно по адресу: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/red-cross-crescent-movement/31st-international-conference/31-int-conference-health-care-in-danger-11-5-3-1-en.pdf>.

18 Более подробно этот вопрос рассматривается ниже.

Последующая часть статьи посвящена анализу правовых обязательств по оказанию медико-санитарной помощи, которые являются общими для МГП и МППЧ, независимо от классификации ситуации. Результаты анализа общих положений двух международно-правовых режимов не являются исчерпывающими в силу намеренного решения автора использовать для анализа основные модели нестабильности и насилия, выявленные в ходе реализации проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой», в том числе акты насилия, угрозы и нападения; создание препятствий, включая необоснованные задержки и остановки машин скорой помощи на контрольно-пропускных пунктах, или вооруженные вторжения в медицинские учреждения, препятствующие оказанию медико-санитарной помощи; а также домогательства и угрозы по отношению медико-санитарного персонала.

МГП и МППЧ: общие комментарии о сферах применения

Семинары экспертов, организованные в контексте проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой», подтвердили необходимость более активной имплементации существующих норм международного права для обеспечения безопасных условий предоставления эффективной и беспристрастной медико-санитарной помощи¹⁹. Участники семинаров неоднократно отмечали значимость включения соответствующих норм МГП и МППЧ в национальные правовые системы путем совершенствования существующих нормативно-правовых актов либо, при необходимости, путем принятия новых законов²⁰. Несмотря на то, что полномочия по внесению изменений в законодательство принадлежат государственным органам законодательной власти, штатные сотрудники и волонтеры, а также медико-санитарный персонал национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца могут здесь сыграть важную роль, активно пропагандируя необходимость соответствующих поправок в законодательстве среди представителей органов государственной власти. Главным условием достижения этой цели является организация национальными обществами Красного Креста и Красного Полумесяца надлежащей системы подготовки своих сотрудников, волонтеров и медико-санитарного персонала по соответствующим вопросам МГП и МППЧ, включая их права и обязанности, предусмотренные этими международными правовыми режимами. Помимо прочего, будучи заинтересованными лицами, они могут участвовать в обучении лиц, уполномоченных на законных основаниях носить оружие, а также иных представителей общества, например юристов

19 Информация о семинарах доступна по адресу: <https://www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-expert-consultations.htm>.

20 Тематический семинар по теме национального законодательства, регулирующего доступность и безопасное оказание медико-санитарной помощи во время вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций, состоялся в Брюсселе в январе 2014 г.

или сотрудников СМИ, нормам МГП и МППЧ, применимым при оказании медико-санитарной помощи в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций. Для этого необходимо понимать характер взаимодействия этих международно-правовых режимов.

В следующем разделе рассматриваются общие вопросы применения норм МГП и МППЧ для защиты надлежащего оказания медико-санитарной помощи. Это позволит выявить важные различия между двумя нормативно-правовыми базами с учетом их сфер материального и персонального применения во время вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций, а также определить области, в которых положения МГП и МППЧ могут с пользой дополнять друг друга для решения задач, связанных с конкретными косвенными последствиями влияния нестабильности и насилия на оказание медико-санитарной помощи в условиях вооруженных конфликтов.

Материальная сфера применения

По общему правилу нормы МГП и МППЧ применимы к вооруженным конфликтам, тогда как другие чрезвычайные ситуации, не достигшие стадии вооруженного конфликта, регулируются исключительно нормами МППЧ, а не МГП.

Для выяснения вопроса о том, какой свод правил должен применяться в ситуациях вооруженных конфликтов, принцип *lex specialis* был признан в качестве инструмента толкования и урегулирования конфликтов Международным судом (МС) в его Консультативных заключениях по делам о ядерном оружии²¹ и разделительной стене²², а также Комиссией международного права²³. В соответствии с этим принципом правовая норма, которая эксплицитно предлагает решение проблемы, превалирует над правовой нормой, в которой решение только имплицитно, равно как и более конкретно сформулированная норма превалирует над нормой, охватывающей всю предметную область, но с меньшей степенью детализации²⁴. С этой точки зрения *lex specialis* — это норма, подлежащая применению в первую очередь, поскольку она лучше соответствует контексту, в котором она применяется²⁵.

21 Консультативное заключение Международного суда (МС) относительно законности угрозы ядерным оружием или его применения, 8 июля 1996 г., п. 25.

22 Консультативное заключение Международного суда относительно правовых последствий строительства стены на оккупированной палестинской территории, 9 июля 2004 г., пп. 105–106.

23 Комиссия международного права, доклад о работе 58-й сессии Комиссии для Генеральной Ассамблеи ООН, UN Doc. A/61/10 (2006), С. 409.

24 *Сассоли, М., Олсон, Л.* Взаимодействие международного гуманитарного права и права прав человека там, где это действительно важно: допустимые убийство и интернирование боевиков во время немеждународных вооруженных конфликтов // Международный журнал Красного Креста. 2008. № 871, с. 170.

25 См. выше примечание 23.

Что касается оказания медико-санитарной помощи во время вооруженных конфликтов, то принцип *lex specialis* в данной статье используется не в качестве инструмента урегулирования конфликта, а как метод, обеспечивающий взаимодополняемость норм МГП и МППЧ. В этом смысле два правовых режима могут взаимодействовать для усиления их правового воздействия в целях обеспечения более высокого уровня защиты доступности медико-санитарной помощи для раненых и больных. В следующем разделе МГП квалифицируется в качестве *lex specialis*, поскольку оно жестко закрепляет конкретные меры защиты медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств. Затем будут рассмотрены ситуации, в которых нормы МППЧ играют вспомогательную роль. При анализе дополняющей роли норм МППЧ следует иметь в виду, что речь не идет о безусловном применении норм МППЧ в условиях вооруженного конфликта. Правильнее будет сказать, что нормы МППЧ следует применять наряду с нормами МГП с учетом специфики обстоятельств вооруженного конфликта и зыбкого равновесия, достигнутого с помощью МГП, между соображениями гуманитарного характера и военной необходимости²⁶.

Конкретные меры защиты медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств, предусмотренные нормами МГП, но не предусмотренные нормами МППЧ

Уже самая первая конвенция в области международного гуманитарного права — Конвенция 1864 г. об улучшении участи раненых и больных воинов во время сухопутной войны — закрепила конкретные меры защиты не только раненых и больных, но также медицинского персонала, медицинских формирований и санитарных транспортных средств. Необходимость защиты медицинского персонала, медицинских формирований и санитарного транспорта обусловлена тем, что они используются для оказания медицинской помощи раненым и больным в вооруженных конфликтах²⁷. Это полностью соответствует общему принципу, положенному в основу МГП, об обеспечении защиты лиц в зависимости от их статуса либо выполняемых ими функций²⁸.

В отличие от МГП международное право прав человека предусматривает защиту всех лиц, находящихся под юрисдикцией государства, без какой-либо дискриминации²⁹. Таким образом, медико-санитарный персо-

26 ICRC, *Expert Meeting: Occupation and Other Forms of Administration of Foreign Territory*, 2012, pp. 63–64.

27 Commentary on GC I, Art. 12, p. 134.

28 Следует, однако, отметить, что основные гарантии, закрепленные в общей для Женевских конвенций статье 3, а также в ст. 75 ДП I и ст. 4–6 ДП II, действуют в отношении всех лиц, не имеющих права на более широкую защиту, поскольку они не подпадают под конкретные категории.

29 Ст. 2(1) Международного пакта о гражданских и политических правах (МПГПП) в действительности устанавливает это обязательство для государств в отношении лиц, находящихся на *их территории и под их юрисдикцией*. В других договорах МППЧ говорится

нал, по общему правилу, имеет право на предоставляемую МППЧ защиту наряду с остальными гражданами, находящимися под юрисдикцией государства, включая защиту от необоснованного лишения права на жизнь, защиту от пыток, жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, защиту от необоснованного ареста и содержания под стражей, либо от необоснованного ограничения свободы передвижения³⁰. Вместе с тем медико-санитарный персонал не подлежит особой защите в связи с выполняемой им функцией предоставления медико-санитарной помощи, в отличие от мер их защиты, предусмотренных МГП. Аналогичным образом МППЧ не предусматривает особых мер защиты таких объектов, как медицинские учреждения и санитарный транспорт, на основании выполняемой ими медицинской функции³¹. Следовательно, в условиях вооруженных конфликтов МГП представляет собой *lex specialis* по отношению к МППЧ, особенно в области обеспечения конкретных мер защиты для медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств.

Взаимодополняемость норм МГП о защите раненых и больных и об оказании медицинской помощи и норм МППЧ о праве на здоровье в условиях вооруженных конфликтов

Из вышеизложенного следует, что по сравнению с положениями МППЧ нормы МГП, в целом, более детализированы и лучше предусматривают предотвращение отдельных случаев насильственных действий или непосредственного вмешательства в процесс оказания беспристрастной медико-санитарной помощи в ходе вооруженных конфликтов, поскольку МГП закрепляет конкретные меры защиты медицинского персонала, медицинских формиро-

лишь о «юрисдикции». См., например: Конвенция против пыток (КПП) от 10 декабря 1984 г., ст. 2(1); Конвенция о правах ребенка (КПР) от 20 ноября 1989 г., ст. 2(1); Американская конвенция о правах человека (АКПЧ) от 22 ноября 1969 г.; OAS Treaty Series No. 36, 1144 UNTS 123, Art. 1(1); Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод (ЕКПЧ) от 4 ноября 1950 г., ст. 1. Договоры МППЧ об экономических, социальных и культурных правах, включая Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП), не содержат конкретное требование о юрисдикции в качестве условия их применения. Однако МС и Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП) подтвердили актуальность этого понятия в сфере экономических, социальных и культурных прав, особенно в тех случаях, когда государства оказывают влияние на эти права за пределами собственной территории, например в условиях оккупации. См., например, выше примечание 22, Консультативное заключение МС, п. 112; КЭСКП, Замечание общего порядка № 14 о праве на наивысший достижимый уровень здоровья, UN Doc. E/C. 12/2000/4, от 11 августа 2000 г., п. 51; и КЭСКП, Общее замечание № 1 о предоставлении докладов государствами-участниками от 24 февраля 1989 г., п. 3 (входит в док. ООН E/1989/22).

30 См., например: МППП, ст. 6, 7, 9, 12.

31 Случаи необоснованного вмешательства в сферу их применения могут подпадать под ст. 17(2) Всеобщей декларации прав человека, которая закрепляет право не быть необоснованно лишеным своего имущества. Тем не менее объем этого права никогда не был конкретизирован на глобальном уровне; только региональные договоры МППЧ содержат положения о праве на имущество. См. дополнительно: Протокол I к ЕКПЧ, ст. 1; АКПЧ, ст. 21; Африканская хартия прав человека и народов (АКПЧН), от 27 июня 1981 г., OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, Art. 14.

ваний и санитарно-транспортных средств. Ниже показано, что инциденты, когда непосредственно ограничивается доступ раненых и больных к медико-санитарной помощи, регулируются, в частности, основополагающими для МГП обязательствами уважать и защищать раненых, больных, медицинский персонал, медицинские формирования и санитарный транспорт.

Требование об удовлетворении насущных потребностей раненых и больных обязывает стороны, участвующие в конфликте, обеспечить им медицинскую помощь и уход, которых требует их состояние, на недискриминационной основе³². Данное обязательство, однако, является обязательством действия, в соответствии с которым участвующая в конфликте сторона, не способная самостоятельно обеспечить надлежащую медицинскую помощь и уход в силу своих ограниченных возможностей, разрешает МККК или другим беспристрастным гуманитарным организациям оказывать медицинскую помощь и уход во исполнение данного обязательства³³. Более общей правовой основой для удовлетворения неотложных медицинских потребностей раненых и больных гражданских лиц во время вооруженных конфликтов являются обязательства участвующих в конфликте сторон в отношении гуманитарной помощи (которая может включать в себя — помимо медикаментов — продукты питания, одежду, постельные принадлежности, укрытия или иные предметы, необходимые для выживания гражданского населения), если собственные ресурсы участвующей в конфликте стороны являются недостаточными³⁴.

С другой стороны, возникает вопрос о дополнительных преимуществах МППЧ по сравнению с МГП в том, что касается предоставления медико-санитарных услуг в ходе вооруженных конфликтов. В данной статье утверждается, что положения МППЧ могут дополнять нормы МГП в том случае, когда речь идет о более косвенных последствиях нестабильности и насилия, таких как массовое бегство врачей, широкомасштабное закрытие медицинских учреждений либо полное или частичное прекращение профилактических медицинских программ в результате отдельных инцидентов с применением насилия или общей нестабильности.

Положения МППЧ, опирающиеся на фундаментальные принципы, изложенные во Всеобщей декларации прав человека (ВДПЧ) и в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных пра-

32 ЖК I–IV, общие положения ст. 3(2); ЖК I, ст. 12; ЖК II, ст. 12; ДП I, ст. 10(2); ДП II, ст. 7(2); *Хенкертс, Ж.-М. и Досвальд-Бек, Л.* Обычное международное гуманитарное право. Нормы. Москва, МККК, 2006. (далее — Обычное МГП). Норма 110, с. 510–514.

33 Обычное МГП, норма 110, с. 513. Правовые основы для имплементации инициатив МККК или других беспристрастных гуманитарных организаций в этой области содержатся в общих положениях ст. 3(2) ЖК I–IV и ст. 9/9/9/10 Женевских конвенций.

34 Оккупационное право содержит особые нормы, применимые в данных обстоятельствах с точки зрения позитивных обязательств оккупирующей стороны по обеспечению поставок медикаментов для населения всеми доступными ему средствами. Кроме того, оккупирующая держава обязана дать согласие на проведение мероприятий по оказанию гуманитарной помощи; право отказать в таком разрешении не входит в компетенцию оккупирующей державы. Соответствующие положения о гуманитарной помощи см.: ЖК IV, ст. 23, 55–56, 59; ДП I, ст. 69–71; ДП II, ст. 18(2); Обычное МГП, норма 55.

вах (МПЭСКП), который является основным правовым инструментом в этой области³⁵, закрепляют «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Это право, равно как и другие экономические, социальные и культурные права, должно рассматриваться в долгосрочной перспективе, что с очевидностью вытекает из общего обязательства, предусмотренного статьей 2(1), согласно которому каждое государство, участвующее в Пакте, «обязуется... принять в максимальных пределах имеющихся ресурсов меры к тому, чтобы обеспечить постепенно полное осуществление признаваемых в настоящем Пакте прав». В частности, в статье 12(2) МПЭСКП изложены, хотя и не исчерпывающим образом, некоторые из долгосрочных целей, которые должны быть постепенно достигнуты в соответствии с правом на здоровье, включая мероприятия для «а) обеспечения сокращения смертности и детской смертности и здорового развития ребенка»; «с) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней»; и «d) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни».

В этой связи Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП) — орган, обеспечивающий надзор за соблюдением положений МПЭСКП, — представил в Замечании общего порядка № 3³⁶ скрупулезно проработанное толкование общего обязательства, изложенного в статье 2(1) МПЭСКП, а в Замечании общего порядка № 14³⁷ — толкование различных компонентов права на здоровье и конкретных обязательств, вытекающих из статьи 12 МПЭСКП.

Одним из фундаментальных вкладов КЭСКП явилось признание того, что, даже если МПЭСКП предусматривает постепенную реализацию

35 Следующие международные и региональные договоры также регулируют вопросы, связанные с правом на здоровье, что свидетельствует о его всеобщем признании в соответствии с международным правом. См.: АКПЧН, ст. 16; Дополнительный протокол к Американской конвенции о правах человека в области экономических, социальных и культурных прав, «Сан-Сальвадорский протокол», 17 ноября 1988 г., OAS Treaty Series No. 69, Art. 10; Европейская социальная хартия и Пересмотренная Европейская социальная хартия, ст. 11, 13; Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации, 21 декабря 1965 г., ст. 5 (e) (IV); Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, 18 декабря 1979 г., ст. 11(1)(f), 14(2)(b); Конвенция против пыток, ст. 24; Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, 18 декабря 1990 г., ст. 28, 43(e), 45(c); Конвенция о правах инвалидов, 13 декабря 2006 г., ст. 25. Кроме того, основные резолюции и декларации подтвердили и конкретизировали обязательства по обеспечению реализации права на здоровье. См., например: Алма-Атинская декларация, Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 6–12 сентября 1978 г., доступно по адресу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml; Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата: 25-летие, 26 мая 2003 г., доступно по адресу: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ra56r6.pdf; Генеральная Ассамблея ООН, Резолюция A/RES/55/2, Декларация тысячелетия ООН, 18 сентября 2000 г.

36 КЭСКП, Замечание общего порядка № 3: The nature of States parties obligations, 14 December 1990, Art. 2, para. 1: <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664?OpenDocument>.

37 КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29.

экономических, социальных и культурных прав и принимает во внимание ограниченность ресурсов государств, существуют отдельные обязательства, которые применяются безотлагательно, включая гарантию осуществления права на здоровье без какой-либо дискриминации и обязательство применения взвешенных, конкретных и целенаправленных мер для реализации права на здоровье³⁸.

Также КЭСКО подчеркнул, что, хотя обязательства, за исключением тех, которые подлежат срочной имплементации, будут реализовываться постепенно, с учетом имеющихся ресурсов, существуют так называемые базовые обязательства, призванные обеспечить удовлетворение минимальных значимых уровней каждого из прав, включая право на получение первичной медико-санитарной помощи³⁹. Что касается базовых обязательств по соблюдению прав на здоровье и воду, КЭСКО постановил, что ни одно государство — участник Пакта ни при каких обстоятельствах не может оправдать несоблюдение этих обязательств⁴⁰. Применительно к праву на здоровье базовые обязательства — это обязательства по обеспечению на недискриминационной основе права на доступ к жизненно необходимым медико-санитарным ресурсам, товарам и услугам; по предоставлению жизненно необходимых лекарственных средств; по обеспечению справедливого распределения всех имеющихся медико-санитарных ресурсов, товаров и услуг; а также по принятию и внедрению национальной государственной стратегии и плана действий в области здравоохранения⁴¹.

Помимо этого КЭСКО отметил сравнительную приоритетность исполнения других обязательств, таких, например, как обязательства по обеспечению репродуктивного, материнского и детского здоровья; по обеспечению иммунизации против основных видов инфекционных заболеваний; по контролю, профилактике, лечению эпидемических и эндемических заболеваний; по разъяснению и информированию населения о главных медико-санитарных проблемах в данной местности; и по обеспечению надлежащей подготовки медицинских работников⁴².

КЭСКО конкретизировал ряд компонентов, касающихся права на здоровье, точность применения которых главным образом зависит от реальных возможностей государства в этой области: *наличия* функционирующих государственных медицинских и медико-санитарных учреждений, товаров и услуг; *доступности* таких объектов здравоохранения, товаров и услуг на недискриминационной основе, то есть их нахождения в пределах безопасной физической досягаемости для всех групп населения и финансовой доступности для всех без исключения; *приемлемости* медико-санитар-

38 КЭСКО, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, пп. 30–31; КЭСКО, Замечание общего порядка № 3, см. выше примечание 36, п. 1, 2, 9.

39 Там же, п. 10; КЭСКО, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, п. 43.

40 Там же, п. 47.

41 Там же, п. 43.

42 Там же, п. 44.

ных учреждений, товаров и услуг с точки зрения требований медицинской этики и культурных традиций; и достаточного высокого *качества* медико-санитарных учреждений, товаров и услуг, соответствующего научным и медицинским требованиям⁴³.

И наконец КЭСКО указал и на то, что обязательства, вытекающие из права на здоровье, могут быть разделены на обязательства уважать, защищать и осуществлять это право. Обязательство уважать право на здоровье предусматривает обязанность государства воздерживаться от прямого или косвенного посягательства на право граждан на здоровье, в том числе воздерживаться от запрещения или ограничения равного для всех доступа к медико-санитарному обслуживанию; обязательство защищать право на здоровье обязывает государства принимать меры для предотвращения вмешательства третьих лиц в осуществление права на здоровье путем, помимо прочего, принятия мер по обеспечению равного доступа к медико-санитарным услугам, предоставляемым третьими лицами; а обязательство осуществлять право на здоровье обязывает государства, помимо прочего, обеспечить в достаточной мере признание права на здоровье в рамках своих национальных правовых и политических систем и принимать позитивные меры, способствующие и поддерживающие реализацию этого права, как отдельными гражданами, так и обществом в целом⁴⁴.

Можно подумать, что во время активных боевых действий в ходе вооруженного конфликта, ввиду острого дефицита ресурсов в области здравоохранения в целом, обусловленного подобной ситуацией, нереально ожидать, что любые предпринимаемые государством действия будут выходить за рамки насущных проблем, которыми ему надлежит заниматься согласно требованиям МГП. Таким образом, предусмотренные МГП обязательства уважать и защищать раненых и больных, медицинский персонал, медицинские формирования и санитарно-транспортные средства, а также предоставлять медицинскую помощь и уход раненым и больным, будут в значительной степени совпадать с требованиями МППЧ в виде базовых обязательств государств уважать, защищать и соблюдать право на доступ к медико-санитарным учреждениям, товарам и услугам. Применительно к обязательству соблюдать право на здоровье КЭСКО особо подчеркнул важность сотрудничества при оказании гуманитарной помощи в чрезвычайных ситуациях, при этом каждое государство должно содействовать решению этой задачи в максимально возможной степени⁴⁵.

Во время активных боевых действий государство — участник конфликта может не иметь возможности решать проблемы, связанные с такими косвенными и отдаленными последствиями нестабильности и насилия в сфере здравоохранения, как массовый отъезд из страны квалифицированного медико-санитарного персонала или отсутствие жизненно важных

43 КЭСКО, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, п. 12.

44 Там же, пп. 30–37.

45 Там же, п. 40.

медико-санитарных услуг, например программы вакцинации населения, которые были приостановлены или полностью прекращены.

С другой стороны, право на здоровье в интерпретации КЭСКО может иметь особое значение в условиях вооруженных конфликтов, когда способность государства принимать меры для противодействия косвенным последствиям нестабильности и насилия не ослаблена в результате активных боевых действий; такое положение дел возможно, например, в течение длительного и спокойного периода оккупации, после того как контроль оккупационных властей над оккупированной территорией стабилизировался. В таких ситуациях положения МППЧ значимо дополняют нормы МГП, особенно когда речь идет о косвенных последствиях⁴⁶.

Необходимо подчеркнуть, что помимо обязательств, применимых в ходе любых вооруженных конфликтов, оккупационное право содержит конкретные обязательства по сохранению существующей системы государственного здравоохранения на оккупированных территориях. Таким образом, оккупирующая держава должна гарантировать всеми доступными ей средствами обеспечение населения оккупированной территории товарами медицинского назначения, а также обеспечить и поддерживать, при содействии национальных и местных властей, работу медицинских и больничных учреждений и служб, включая санитарно-гигиенический контроль на оккупированной территории⁴⁷. В частности, оккупирующая держава несет ответственность за принятие необходимых мер по борьбе с инфекционными заболеваниями и эпидемиями⁴⁸. Несмотря на наличие обязательств, предусмотренных оккупационным правом, положения МГП в этой области до сих пор не конкретизированы, особенно когда речь идет о формировании долгосрочной нормативной базы для ликвидации последствий дефицита медико-санитарного персонала и медико-санитарных услуг⁴⁹. Это становится проблемой именно в условиях длительной оккупации, когда оккупирующая держава устанавливает стабильный контроль над оккупированной территорией и когда характерным признаком оккупации является отсутствие или низкий уровень интенсивности боевых действий; в таких условиях предпочтителен перспективный подход к решению проблемы предоставления медико-санитарных услуг.

Применительно к другим вооруженным конфликтам, помимо оккупации, МГП не предусматривает каких-либо конкретных обязательств по решению проблемы доступности и качества государственной

46 Для исследования дополняющей роли права на здоровье в условиях оккупации, см.: МККК, Совещание экспертов, примечание 26. С. 64–67; *Вите С.*, Взаимодействие права оккупации с экономическими, социальными и культурными правами: вопросы питания, здоровья и собственности // *Международный журнал Красного Креста*, том 90, № 871, сентябрь 2008 г., С. 211, 214–215, 235 и 218–222.

47 ЖК IV, ст. 55, 56

48 ЖК IV, ст. 56(1)

49 С. Вите, см. выше примечание 46, с. 221–223; МККК, Совещание экспертов, см. выше примечание 26, с. 66–67.

медико-санитарной помощи. Некоторые вытекающие из МГП обязательства в отношении раненых и больных действительно презюмируют наличие некоторых услуг, но при этом МГП не содержит каких-либо дальнейших указаний относительно количества и качества медико-санитарных услуг. В ситуациях, когда возможность государства принимать долгосрочные меры по обеспечению доступных и качественных услуг государственной системы здравоохранения не сдерживается активными боевыми действиями, предусмотренные МППЧ срочные обязательства по обеспечению предоставления недискриминационного доступа к услугам здравоохранения и по принятию взвешенных, конкретных и целенаправленных мер для полной реализации права на здоровье, включая доступность и качество медицинских услуг, приобретают еще большую актуальность, поскольку эти требования, как правило, не позволяют государству занять выжидательную позицию в надежде на то, что требуемые мероприятия можно будет проводить после того как ситуация уже не будет считаться вооруженным конфликтом⁵⁰.

Говоря конкретнее, в таких ситуациях единственной практической мерой для решения проблем, вызванных дефицитом квалифицированных медико-санитарных сотрудников, которые покинули страну из-за инцидентов с применением насилия или общей обстановки нестабильности, является соблюдение базового обязательства в отношении права на здоровье — утверждение и имплементация национальной стратегии и плана действий в области здравоохранения. Такая стратегия должна быть разработана с участием местного населения и с учетом конкретных медицинских проблем, включая специфические потребности уязвимых групп граждан⁵¹. Например, стратегия и план действий в области здравоохранения могут быть конкретно нацелены на урегулирование проблемы массового оттока медико-санитарного персонала путем создания стимулов для их возвращения либо путем подготовки медицинских кадров из числа местного населения (либо путем предоставления поддержки для их подготовки) для обеспечения ряда жизненно необходимых медико-санитарных услуг⁵².

Стратегия и план действий в области здравоохранения могут определять приоритеты по предотвращению эндемических заболеваний и возможных эпидемий, например путем мобилизации усилий по возобновлению приостановленных или полностью прекращенных программ вак-

50 МККК, Совещание экспертов, см. выше примечание 26, с. 65; С. Вите, см. выше примечание 46, р. 210–211.

51 МККК, Совещание экспертов, см. выше примечание 26, с. 67; С. Вите, см. выше примечание 46, р. 222.

52 Paula E. Brentlinger, 'Health sector response to security threats during the civil war in El Salvador', in *British Medical Journal*, Vol. 313, 1996, p. 1472 (с описанием инициатив сальвадорских и международных гуманитарных организаций по обучению сельских жителей навыкам оказания первичной медико-санитарной помощи; так называемые активисты здорового образа жизни изучали методы оказания первичной медико-санитарной помощи, а также методы лечения инфекционных заболеваний, например малярии).

цинации. Эти документы должны предусматривать стратегические меры для решения основной проблемы нестабильности, без чего нельзя реализовать такие программы. К ним можно отнести, например, комплексную программу информационного обеспечения, разработанную совместно с представителями религиозных и лидерами местных общин для информирования населения о необходимости проведения таких программ и для противодействия пропаганде против вакцинации со стороны тех, кто избрал в качестве объекта нападения медицинских работников, оказывающих такие услуги⁵³. Кроме того, следует учитывать тот факт, что, по мнению вооруженных лиц, кампании по вакцинации используются для целей, не имеющих отношения к здравоохранению. В этой связи следует особо подчеркнуть, что государства — участники МПЭСКИ обязаны обеспечить соблюдение норм медицинской этики всеми, кто участвует в деятельности медицинских учреждений, предоставлении медико-санитарных товаров и услуг, в соответствии с существующими в данном государстве условиями, а также обеспечить соблюдение требований кодексов профессионального поведения практикующими врачами и другими профессиональными медицинскими работниками⁵⁴. Обучение персонала принципам медицинской этики — и, в более широком смысле, принципам права на здоровье и прав человека, которые по приоритетности сопоставимы с базовыми обязательствами, соотносимыми с правом на здоровье⁵⁵, — может стать одним из наиболее важных элементов стратегии по урегулированию этой проблемы.

Проблема безопасной среды, как правило, также регулируется обязательством МГП настолько, насколько оно применимо к государству, для обеспечения соблюдения законодательства данного государства во всех обстоятельствах всеми его субъектами, то есть вооруженными силами, включая военно-медицинский персонал, другими лицами или группами лиц, фактически исполняющими государственные приказы либо действующими под руководством или контролем государства, а также гражданским населением, включая гражданский медико-санитарный персонал⁵⁶. Исполнение конкретных элементов данного обязательства требует, чтобы положения МГП были усвоены личным составом вооруженных сил государств, в том числе и военно-медицинским персоналом, а также требует принятия мер по пропаганде положений МГП среди гражданского населения, включая гражданский медико-санитарный персонал, на который распространяются властные полномочия государства⁵⁷. В данном контексте это еще раз подтверждает необходимость обеспечить соблюде-

53 Mahmood Adil, Paul Johnstone, Andrew Furber, Kamran Siddiqi and Dilshad Khan, 'Violence against public health workers during armed conflicts', in *The Lancet*, Vol. 381, 26 January 2013, p. 293, доступно по адресу: www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613601270.pdf.

54 КЭСКИ, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, пп. 12 и 35.

55 Там же, пп. 12 и 44.

56 Женевские конвенции, общие положения ст. 1; ДП I, ст. 1(1); Обычное МГП, норма 139, с. 631–635.

57 Женевские конвенции, ст. 47/48/127/144; Обычное МГП, нормы 142 и 143, с. 639–649.

ние самими медицинскими работниками принципов МГП и стандартов медицинской этики, и уделять особое внимание необходимости уважительно относиться к медицинским работникам, проводящим вакцинацию населения, при обучении личного состава государственных вооруженных сил и гражданского населения, соблюдая обязательства по уважению и защите медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств, а также прав и обязанностей медицинского персонала в соответствии с МГП.

Отступление от прав, ограничение и сфера применения экономических, социальных и культурных прав

Еще одним вопросом, который, как правило, подлежит рассмотрению в контексте сферы применения положений МГП и МППЧ, является вопрос об отступлении от прав. Ряд договоров в области МППЧ, но не МГП⁵⁸, предусматривает возможность отступления от некоторых прав во время возникновения в государстве чрезвычайных ситуаций, представляющих исключительно серьезную угрозу для жизни всей нации⁵⁹. Отступление от права предполагает полную или частичную отмену государственных обязательств в отношении определенного права⁶⁰. Как вооруженные конфликты, так и другие чрезвычайные ситуации могут порождать обстоятельства, которые обуславливают официальные заявления государственных властей об отступлении от прав по соображениям общественной безопасности⁶¹.

Вместе с тем некоторых гражданские и политические права не допускают каких-либо отступлений, и самыми главными из них являются право на жизнь и право на свободу от пыток или других видов жестокого обращения⁶². Даже в отношении тех прав, которые, в принципе, допускают подобные отступления, например право человека не быть необоснованно лишенным свободы или право на свободу передвижения, государства обязаны мотивировать конкретные меры необходимостью, вызванной чрезвычайными обстоятельствами⁶³. Более того, решения об отступлении от прав не могут противоречить другим международно-правовым обяза-

58 Одно значимое исключение в рамках МГП содержится в ст. 5 ЖК IV, которое позволяет участнику международного вооруженного конфликта отменять права на использование средств связи в отношении находящихся под защитой лиц, подозреваемых или занятых в деятельности, направленной против безопасности государства.

59 МППЧ, ст. 4; ЕКПЧ, ст. 15; АКПЧ, ст. 27; Европейская социальная хартия, 18 октября 1961 г., ст. 30; Пересмотренная Европейская социальная хартия, 3 мая 1996 г., ст. F.

60 Dominic McGoldrick, 'The interface between public emergency powers and international law', in *International Journal of Constitutional Law*, Vol. 2, 2004, p. 383.

61 Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 29 — Чрезвычайное положение, 31 августа 2001 г., UN Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.11; Manfred Nowak, *U.N. Covenant on Civil and Political Rights: CCRP Commentary*, 2nd ed., N. P. Engel, Kehl-Strasbourg-Arlington, 2005, pp. 89–91.

62 МППЧ, ст. 4(2).

63 МППЧ, ст. 4(1).

тельствам государства, и в первую очередь обязательствам, вытекающим из МПП, там, где они применимы, и не должны носить дискриминационный характер⁶⁴.

В отличие от международных договоров, закрепляющих гражданские и политические права, договоры об экономических, социальных и культурных правах, в частности МПЭСКП, как правило, не содержат прямых положений об отмене прав⁶⁵. Учитывая природу прав, рассматриваемых в данной статье, в особенности права на здоровье, аргументы в пользу отступлений от них изначально кажутся менее весомыми, чем аналогичные аргументы в отношении каких-либо гражданских и политических прав⁶⁶. Эту мысль подтверждает превалирующее мнение о том, что экономические, социальные и культурные права, включая право на здоровье, содержат, как уже упоминалось, базовые обязательства, которые государства — участники МПЭСКП⁶⁷ обязаны выполнять, чтобы обеспечить выживание и такие минимальные потребности населения, как обязательное медико-санитарное обслуживание⁶⁸. Здесь прослеживается тесная взаимосвязь между неотъемлемым правом на жизнь и базовыми обязательствами, соотносимыми с экономическими, социальными и культурными правами⁶⁹. Что касается базовых обязательств, соотносимых с правами на здоровье и воду, КЭСКП в Замечаниях общего порядка № 14 и 15 прямо заявил о том, что они являются «неотменяемыми»⁷⁰.

В соответствии с МППЧ вопрос отступлений от прав следует рассматривать отдельно от вопроса их ограничения. Большинство прав чело-

64 Там же; Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 29, выше примечание 61, пп. 8–9.

65 Исключением является Европейская социальная хартия и ее пересмотренный вариант. См.: Европейская социальная хартия, ст. 30; Пересмотренная Европейская социальная хартия, ст. F. Это можно объяснить тем, что отдельные из указанных в Хартии прав, в частности право на свободу собраний и право на коллективные переговоры в конкретных условиях найма, в значительной мере совпадают с некоторыми отменяемыми гражданскими и политическими правами, такими, например, как право на свободу собраний.

66 Philip Alston and Gerard Quinn, 'The nature and scope of States Parties' obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights', in *Human Rights Quarterly*, Vol. 9, 1987, p. 217.

67 Некоторые также придерживаются мнения, что согласно нормам обычного международного права государства имеют минимальные базовые обязательства, см., например: КЭСКП, Заключительные замечания: Израиль, 26 июня 2003 г., UN Doc. E/C.12/1/Add.90; КЭСКП, Заключительные замечания: Израиль, 31 августа 2001 г., UN Doc. E/C.12/1/Add.69; Eibe Riedel, 'The human right to health: conceptual foundations', in Andrew Clapham and Mary Robinson (eds), *Realizing the Right to Health*, Rüffer & Rub, Zurich, 2009, p. 32.

68 CESCR, General Comment No. 3, above note 36, para. 10.

69 Allan Rosas and Monika Sandvik-Nylund, 'Armed conflicts', in Asbjorn Eide, Catarina Krause and Allan Rosas (eds), *Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook*, Kluwer Law International, The Hague, 2001, p. 414. Эта взаимосвязь между правом на жизнь и правом экономического и социального выживания человека проявляется также в ст. 6 Конвенции о правах ребенка, в которой государства-участники признают неотъемлемое право на жизнь ребенка и несут обязанность по обеспечению, в максимально возможной степени, выживание и здоровое развитие ребенка.

70 КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, п. 47; КЭСКП, Замечание общего порядка № 15: Право на воду (ст. 11 и 12), 20 января 2003 г., UN Doc. E/C.12/2002/11, п. 40.

века не носит абсолютный характер, даже когда речь не идет о чрезвычайной ситуации в государстве, и, следовательно, допускается определенная гибкость в виде ограничения отдельных прав при отстаивании общественных интересов, таких, например, как обеспечение общественного порядка, здоровья нации, общественной нравственности, национальной безопасности или безопасности общества, либо при необходимости уравновесить осуществление прав с правами других людей⁷¹. Кроме того, в отличие от отступления от прав их ограничение, как правило, являет собой более мягкое вмешательство в сферу прав человека и обычно не предусматривает их полной отмены.

В отличие от гражданских и политических прав, которые, как правило, предусматривают ограничительные оговорки в отношении отдельных прав, МПЭСКП содержит общие ограничительные положения в статье 4, согласно которой государства могут ввести только те ограничения в отношении только тех прав, которые определены законом, а также лишь в той мере, которая совместима с природой указанных прав, и исключительно с целью способствовать общему благосостоянию в демократическом обществе⁷². Ссылка на «общее благосостояние в демократическом обществе» в качестве единственной законной цели ограничения экономических, социальных и культурных прав ясно дает понять, что государства — участники МПЭСКП не вправе с легкостью оправдывать подобные ограничения соображениями национальной безопасности. Этот нюанс особенно важен при обсуждении вопроса о нестабильности и ситуациях насилия, препятствующих оказанию медико-санитарной помощи, так как власти государства при оказании медико-санитарной помощи могут оправдать такие препятствия, как запрет проезда санитарного транспорта, соображениями национальной безопасности. Действительно, соображения подобного рода могут служить обоснованием лишь в том случае, когда их можно увязать с коллективными интересами защиты экономического и социального благосостояния населения государств⁷³. Помимо

71 См.: МПППП, ст. 12, 18, 19, 21, 22; МКЭСКП, ст. 8. В положениях МППЧ объем допустимых в конкретных случаях ограничений не определен, в отличие от положений МПП, которые должны быть очень точно сформулированы для их имплементации вооруженными силами без искажений.

72 Конкретная ограничительная оговорка содержится в ст. 8 МПЭСКП в отношении права создавать профсоюзы и права профсоюзов осуществлять свою деятельность беспрепятственно в интересах национальной безопасности или общественного порядка либо для защиты прав и свобод других лиц. Эта оговорка также мотивируется тем, что данные права тесно напоминают свои гражданские и политические аналоги, в частности право на свободу собраний.

73 Международный суд в своем Консультативном заключении относительно строительства стены прямо отверг положения ст. 4 МПЭСКП в качестве допустимой основы для ограничения Израилем экономических, социальных и культурных прав палестинцев на оккупированных территориях по соображениям национальной безопасности, поскольку условие способствовать общему благосостоянию населения не было исполнено. См.: Консультативное заключение Международного суда относительно правовых последствий строительства стены на оккупированной палестинской территории, см. выше примечание 22, п. 136. См. также: P. Alston, G. Quinn, примечание 66 выше, p. 202; Amrei Müller, 'Limitations to and derogations from economic, social and cultural rights', in *Human Rights Law Review*, Vo. 9, 2009, p. 573.

этого, тот факт, что мера ограничения прав должна быть совместима с природой этих прав, представляет собой дополнительное ограничение для применения данного положения. Связь между обеспечением минимально необходимого объема экономических, социальных и культурных прав и выживанием человека в соответствии с правом на жизнь, признаваемая многими⁷⁴, особенно затрудняет обоснование далеко идущих ограничений, предусмотренных в статье 4 МПЭСКП⁷⁵. В любом случае государства — участники Пакта несут бремя доказывания обоснованности и правомерности каких-либо ограничений в отношении этих элементов и обязаны продемонстрировать соразмерность принимаемых ими мер; эти меры также должны иметь ограниченный срок действия и подлежать пересмотру⁷⁶.

Следует также иметь в виду, что ресурсные ограничения при выполнении обязательств в области экономических, социальных и культурных прав, не подпадают под действие ограничений, предусмотренных в статье 4 МПЭСКП. Такие ограничения подлежат регулированию в рамках вышеупомянутых общих обязательств государств-участников, предусмотренных статьей 2(1) МПЭСКП. Вооруженные конфликты или другие чрезвычайные ситуации, в принципе, могут быть использованы для объяснения введения ресурсных ограничений в этой сфере. Обязанность принимать меры по обеспечению последовательной реализации экономических, социальных и культурных прав «в максимальных пределах имеющихся ресурсов» относится не только к ресурсам, существующим в государстве, но и к тем, которые предоставляются международным сообществом по линии международного сотрудничества и помощи⁷⁷.

74 См., в дополнение к источникам, указанным выше в примечании 38, КЭСКП, Первоначальный доклад, касающийся Швейцарии, 18 сентября 1996 г., UN Doc. E/1990/5/Add.33, п. 66(d); КЭСКП, Второй периодический доклад, касающийся Бразилии, 28 января 2008 г., UN Doc. E/C.12/BRA/2, п. 170; КЭСКП, Первоначальный доклад, касающийся Сербии и Черногории, 26 ноября 2003 г., UN Doc. E/1990/5/Add.61, п. 24; КЭСКП, Третий периодический доклад, касающийся Чили, 14 июля 2003 г., UN Doc. E/1994/104/Add.26, п. 142; Supreme Court of India, *Pt. Parmanand Katara v. Union of India*, Judgment of 28 August 1989, 4 SCC 286; Supreme Court of India, *Paschim Banga Khet Samity v. State of West Bengal*, Judgment of 6 May 1996, 4 SCC 37; Court of Appeals, *Mosetlhanyane and others v. Attorney General of Botswana*, Appeal No. CACLB-074-10, Judgment of 27 January 2011, para. 19; Inter-American Court of Human Rights (IACtHR), *Sawhoyamata Indigenous Community v. Paraguay*, Judgment of 29 March 2006, para. 153; IACtHR, *Yakye Axa v. Paraguay*, Judgment, Ser. C No. 125, 17 June 2005; European Court of Human Rights (ECtHR), *Cyprus v. Turkey*, Application No. 25781/94, Judgment of 10 May 2001, paras. 219–221.

75 Некоторые даже рассматривают возможность того, что некоторые экономические, социальные и культурные права, в силу их природы, вообще не подлежат ограничению в соответствии со ст. 4 МКЭСКП. P. Alston, G. Quinn, см. выше примечание 66, с. 201.

76 КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, пп. 28–29.

77 КЭСКП, Замечание общего порядка № 3, см. выше примечание 36, п. 10.

Персональная сфера применения: применимость положений МППЧ к негосударственным вооруженным группам

Еще одно важное различие между МГП и МППЧ состоит в том, что положения МГП обязательны для исполнения не только вооруженными силами государства, но и негосударственными организованными вооруженными группами, являющимися сторонами конфликта.

С другой стороны, в настоящее время среди экспертов нет единодушного мнения о распространении обязательств МППЧ на негосударственные вооруженные формирования. Это различие во взглядах важно потому, что негосударственные вооруженные формирования неоднократно выступали инициаторами значительного числа инцидентов с применением насилия, которые препятствовали беспристрастному предоставлению медико-санитарной помощи⁷⁸. Поэтому необходимо прилагать усилия, убеждая их воздерживаться от подобных действий и вовлекая в диалог о практических рекомендациях, которые они могли бы имплементировать для повышения безопасности медико-санитарного обслуживания в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций. Лица, взаимодействующие с негосударственными вооруженными группами в рамках диалога по данному вопросу, должны осознавать все сопутствующие этому процессу юридические проблемы, чтобы придать диалогу надлежащий формат.

В этом смысле подавляющее большинство договоров МППЧ недвусмысленно возлагают обязательства исключительно на государства, которые несут ответственность за действия лиц, находящихся под их юрисдикцией. Хотя некоторые меры надлежащей осмотрительности в рамках обязательств государств предусматривают защиту от нарушения прав человека третьими сторонами, к которым относятся и негосударственные вооруженные группы, эти обязанности не ложатся непосильным бременем на государства. Таким образом, эти обязательства необходимо регулярно анализировать с позиции здравого смысла, объема полномочий государственных органов власти и имеющихся в их распоряжении средств⁷⁹.

Это особенно актуально в том случае, если государство уже не способно эффективно контролировать часть своей территории. В такой ситуации государство может не суметь предотвратить вмешательство в сферу прав человека со стороны негосударственных вооруженных формирований, поэтому будет трудно привлечь государство к ответственности за неспособность обеспечить защиту гуманитарных прав лиц, находящихся под его юрисдикцией. В отношении отдельных членов негосударственных вооруженных формирований, безусловно, действуют нормы национального и международного уголовного закона. Но, во-первых, попытки привлечь их к диалогу на основе

78 ICRC, *Violent Incidents Affecting Health Care*, см. выше примечание 7, п. 6.

79 См., например: IACtHR, *Velásquez-Rodríguez v. Honduras*, Judgment of 29 July 1988, Ser. C No. 4, paras. 174–75, 188; ECtHR, *Osman v. United Kingdom*, App. No. 23452/94, Judgment of 28 October 1998, para. 116; IACtHR, *Sawhoyamaya v. Paraguay*, см. выше примечание 74, п. 155.

национального права зачастую оказываются тщетными, поскольку такие лица не приемлют аргументов, основанных на правовом порядке, который криминализирует их деяния, а во-вторых, международное уголовное право применяется только в случае самых тяжких нарушений норм международного права, например при совершении военных преступлений, преступлений против человечности и геноцида. Поэтому остается актуальным вопрос — распространяются ли обязательства МППЧ на негосударственные вооруженные формирования как на субъект права, и если да, то в какой мере.

В области международного договорного права прав человека до сих пор очень мало норм, непосредственно относящихся к негосударственным вооруженным группам. Положения статьи 4(1) Факультативного протокола к Конвенции о правах ребенка, касающегося участия детей в вооруженных конфликтах, указывают, что вооруженные группы, не являющиеся частью вооруженных сил государства, не должны ни при каких обстоятельствах вербовать или использовать в военных действиях лиц, не достигших 18 лет⁸⁰. Однако необходимо обратить внимание на использование в формулировке слова «не должны» вместо «обязаны» (не использовать), которое означает нечто меньшее, чем юридическое обязательство, хотя некоторые авторы и утверждают обратное⁸¹.

Бесспорно, что Конвенция 2009 г. о защите внутренне перемещенных лиц в Африке и оказании им помощи в статье 7(5) вводит прямые обязательства для негосударственных вооруженных групп, например обязанности не отрицать право перемещенных внутри страны лиц жить в удовлетворительном состоянии здоровья, не препятствовать оказанию гуманитарной помощи или проезду гуманитарного транспорта и не нападать на гуманитарный персонал и ресурсы, предназначенные для гуманитарной помощи⁸². Тем не менее формулировка статьи совершенно ясно свидетельствует, что это положение регулируется международным правом, в частности положениями МГП. Следовательно, эта норма предназначена для применения в условиях вооруженных конфликтов, когда более конкретные нормы нередко можно найти в МГП, но не в МППЧ, и многие запрещенные деяния сформулированы в терминах МГП, а не МППЧ⁸³. Помимо этого, данное положение непосредственно адресовано отдельным членам вооруженных групп, но не группе в целом⁸⁴.

80 Факультативный протокол к Конвенции о правах ребенка, касающийся участия детей в вооруженных конфликтах, 25 мая 2000 г.

81 Paul C. Szasz, 'General law-making processes', in Oscar Schachter and Christopher C. Joyner (eds), *United Nations Legal Order*, Vol. 1, Cambridge University Press, Cambridge, 1995, p. 46. Противоположное мнение см., например: Andrew Clapham, *Human Rights Obligations of Non-State Actors*, Oxford University Press, Oxford, 2006, p. 75 (с последующей справочной информацией).

82 Конвенция Африканского союза о защите лиц, перемещенных внутри страны, и оказании им помощи в Африке (Кампальская конвенция), 22 октября 2009 г.

83 Stephane Ojeda, 'The Kampala Convention on Internally Displaced Persons: some international humanitarian law aspects', in *Refugee Survey Quarterly*, Vol. 29, 2010, pp. 65–66.

84 Беллал, А., Джакка, Ж., Кейзи-Маслен, С. Международное право и вооруженные негосударственные акторы в Афганистане // Международный журнал Красного Креста, Избранные статьи из номеров 880–881, декабрь 2010 г. — март 2011 г., с. 204–207.

В последнее время члены Советов Безопасности Организации Объединенных Наций (ООН) и эксперты ООН по правам человека все чаще обсуждают вопрос о применимости обязательств МППЧ к негосударственным вооруженным группам. С 1990-х гг. Совет Безопасности ООН неоднократно призывал негосударственные вооруженные группы признавать права человека⁸⁵. Несмотря на отсутствие ясности в отношении намерений Совета Безопасности ООН — действительно сделать юридически значимые заявления применительно к ситуации в конкретной стране или ограничиться политическими призывами, — есть ряд примеров, уточняющих отношение к проблеме. Например, в резолюциях, принятых в контексте Демократической Республики Конго, Совет Безопасности ООН четко разграничивает «нарушения прав человека», совершенные правительственными вооруженными силами, и «злоупотребления правами человека», совершенные негосударственными вооруженными группами⁸⁶. Кроме того, в тематических резолюциях об участии детей в вооруженных конфликтах в контексте Механизма наблюдения и отчетности в отношении детей и вооруженных конфликтов Совет Безопасности ООН последовательно заявляет о том, что резолюции не имеют целью определить правовой статус негосударственных вооруженных групп в порядке преюдиции, и что они проводят различие между «нарушениями» и «злоупотреблениями»⁸⁷.

Подходы к решению данной проблемы в формате специальных процедур Совета ООН по правам человека и других экспертов противоречиво представлены в их отчетах. Помимо прочих, этот вопрос изучали специальные докладчики по проблемам терроризма и прав человека; внесудебных, суммарных и необоснованных казней; и правозащитников. Бывший Специальный докладчик по вопросам терроризма и прав человека пришла к заключению, что не способна в полной мере поддержать предложения о том, что негосударственные акторы несут прямую ответственность в соответствии с законодательством по правам человека. При этом докладчик особо подчеркнула, что международное сообщество все активнее требует от негосударственных акторов, вовлеченных в вооруженные конфликты, поддерживать и защищать права человека на территориях, над которыми они *de facto* осуществляют контроль, и рекомендовала продолжить аналитическую работу в этом направлении⁸⁸.

85 См., например, Резолюции Совета Безопасности ООН: 1193 от 28 августа 1998 г., п. 14; 1216 от 21 декабря 1998 г., п. 5; 1464 от 4 февраля 2003 г., п. 7; 1804 от 15 марта 2008 г., п. 4 Преамбулы и п. 2; 1881 от 30 июля 2009 г., п. 8 Преамбулы и п. 7; 1935 от 30 июля 2010 г., п. 12 Преамбулы и п. 9; 1964 от 22 декабря 2010 г., п. 17 Преамбулы и п. 15.

86 Резолюции Совета Безопасности ООН: 1906 от 23 декабря 2009 г., пп. 10–11; 1925 от 28 мая 2010 г., п. 12(с) и 18.

87 Резолюции Совета Безопасности ООН: 1612 от 26 июля 2005 г., п. 8 Преамбулы и п. 1, 2(а) и 5; 1882 от 4 августа 2009 г., п. 11 Преамбулы и п. 1, 3, 5(а)(b)(c); 1998 от 12 июля 2011 г., п. 10 Преамбулы и п. 3(b), 6(d) и 11.

88 Комиссия по правам человека, Окончательный доклад Специального докладчика Каллиоппи К. Куфы по вопросу о терроризме и правах человека, UN Doc. E/CN.4/Sub. 2/2004/40, 25 июня 2004, пп. 54–64, 73.

Бывший Специальный докладчик по вопросу о внесудебных, суммарных или необоснованных казнях акkuratно подчеркнул, что ни шриланкийская ТОТИ, ни ливанская Хезболла не несут юридических обязательств по Международному пакту о гражданских и политических правах (МПГПП), но на них по-прежнему распространяется требование международного сообщества, изложенное во Всеобщей декларации прав человека, согласно которому каждый орган общества должен уважать и поддерживать права человека. С другой стороны, докладчик заявил, что было бы особенно уместно и целесообразно обратиться к негосударственной вооруженной группе с призывом уважать права человека тогда, когда она контролирует значительную часть территории и населения и имеет идентифицируемую структуру⁸⁹.

Специальный докладчик ООН по правозащитникам утверждал, что негосударственные акторы обязаны уважать права других людей в соответствии с Декларацией ООН о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества⁹⁰. Однако в ходе обсуждения последнего доклада на заседании Третьего комитета Генеральной Ассамблеи ООН некоторые делегации, в том числе делегации ЕС, Великобритании и Пакистана, ясно выразили свою позицию, заявив, что только государства, а не негосударственные акторы имеют юридические обязательства в соответствии с положениями МППЧ⁹¹.

Совсем недавно, в 2011 г., Комиссия по расследованию ситуации в Ливии, получившая мандат Совета ООН по правам человека для расследования предполагаемых нарушений МППЧ в Ливии, сделала заявление о том, что, хотя степень обязательности положений МППЧ для негосударственных акторов остается спорной с позиции международного права, ширится признание того, что в случае если негосударственные вооруженные группы *de facto* контролируют территорию, они должны уважать основные гуманитарные права лиц, находящихся на этой территории⁹². Однако в ходе последующих дебатов по резолюции Совета по правам человека некоторые государства выступили против призыва к Переходному Национальному Совету Ливии — органу, в то время возглавлявшему негосударственную сторону

89 Комиссия по правам человека, Доклад Специального докладчика по вопросу о внесудебных казнях, казнях без надлежащего судебного разбирательства или произвольных казнях Филипа Алстона, Миссия в Шри-Ланку, UN Doc. E/CN.4/2006/53/Add.5, 27 марта 2006 г., пп. 25–27; Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on Extrajudicial, Summary or Arbitrary Executions, Philip Alston; the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Paul Hunt; the Representative of the Secretary-General on Human Rights of Internally Displaced Persons, Walter Kälin; and the Special Rapporteur on Adequate Housing as a Component of the Right to an Adequate Standard of Living, Milon Koothari, Mission to Lebanon and Israel, UN Doc. A/HRC/2/7, 2 October 2006, para. 19.

90 Генеральная Ассамблея ООН, доклад Специального докладчика Маргарет Секагги по вопросу о положении правозащитников, UN Doc. A/65/223, 4 августа 2010 г., пп. 21–22.

91 Генеральная Ассамблея ООН, Третий комитет, краткий отчет о 25-м заседании, 21 октября 2010 г., UN Doc. A/C.3/65/SR.25, заявления г-на Хута (Европейский союз); г-жи Фридман (Соединенное Королевство) и г-на Батта (Пакистан), пп. 14, 21 и 24.

92 Совет по правам человека, доклад Международной комиссии по расследованию всех утверждений о нарушениях международного права в области прав человека в Ливийской Арабской Джамахирии, UN Doc. A/HRC/17/44, 1 июня 2011 г., п. 72.

в конфликте, которая оспаривала власть Каддафи в лице государственных вооруженных сил, выступавших другой стороной конфликта, — уважать обязательства МППЧ⁹³.

В последние несколько лет проблема применимости норм МППЧ к негосударственным вооруженным группам вызывает неоднозначную реакцию в научной юридической среде, при этом некоторые эксперты высказываются в пользу расширения списка связанных обязательствами МППЧ субъектов, таких как государства и созданные ими структуры, то есть международные организации, путем включения в такой список негосударственных акторов, в частности негосударственных вооруженных групп, в то время как другие отвергают возможность применения норм МППЧ к негосударственным вооруженным группам⁹⁴.

Краткий обзор проблемы свидетельствует об отсутствии консенсуса среди государств и экспертов относительно ответственности негосударственных вооруженных групп в соответствии с МППЧ. Вместе с тем ширится признание того, что негосударственные вооруженные группы, которые действуют как единая организация, обладающая видимостью государственной власти и фактически осуществляющая властные полномочия в отношении некоторой части населения, должны позитивно отреагировать на преимущественно нравственные, а не правовые ожидания международного сообщества в плане соблюдения норм МППЧ. В этой связи МККК, со своей стороны, признает ограниченное исключение из своей принципиальной позиции, которая состоит в том, что негосударственные вооруженные группы не несут установленных МППЧ обязательств в ситуации, когда какая-либо группа имеет возможность действовать как государственная власть на основании стабильного контроля над территорией. В подобной ситуации *ответственность* такой группы в области прав человека могут признаваться *de facto*⁹⁵.

93 Особенно представители Аргентины, Чили и Ливана отстаивали правовую позицию о том, что положения МППЧ не являются обязательными для негосударственных вооруженных групп. Другие государства, в том числе Китай, Нигерия (от имени Африканской группы), Бразилия, Россия, Алжир, Индонезия, Ботсвана и Гватемала, высказались против идеи призвать Переходный Национальный совет (ПНС) уважать положения МППЧ, поскольку это можно интерпретировать как имплицитное политическое признание ПНС в качестве нового законного правительства Ливии. См.: Совет по правам человека, 17-я сессия, июнь 2011 г. (личные заметки автора).

94 Сторонники: см., например, А. Clapham, примечание 81 выше; Беллал, А., Джакка, Ж., Кейзи-Маслен, С., см. выше примечание 84, с. 203–215; Christian Tomuschat, 'The applicability of human rights law to insurgent movements', in Horst Fischer et al. (eds), *Krisensicherung und Humanitärer Schutz — Crisis Management and Humanitarian Protection: Festschrift für Dieter Fleck*, Berliner Wissenschafts-Verlag, Berlin, 2004, pp. 573–591. Противники: см. Liesbeth Zegveld, *The Accountability of Armed Opposition Groups in International Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002; Lindsay Moir, *The Law of Internal Armed Conflict*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002, p. 194.

95 Обратите внимание, что МККК использует термин «ответственность» и, следовательно, остается ниже уровня признания юридически обязывающих обязательств. См.: ICRC, 'International Humanitarian Law and the challenges of contemporary armed conflicts', 31st International Conference of the Red Cross and Red Crescent, доступно по адресу: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/red-cross-crescent-movement/31st-international-conference/31-int-conference-ihl-challenges-report-11-5-1-2-en.pdf>.

Несмотря на вышесказанное, многие вопросы в связи с предложением признать, что негосударственные вооруженные группы могут нести обязанности либо, как утверждают некоторые эксперты, иметь обязательства в рамках МППЧ, остаются без ответа: например, каковы пороговые величины применительно к подконтрольному населению, территории и организационной численности негосударственной вооруженной группы, необходимые для инициации таких обязанностей; каким правам будут соответствовать эти обязанности (всем правам человека либо только тем правам, которые негосударственная вооруженная группа способна уважать, либо «базовым» правам человека посредством, помимо прочего, ссылок на неотменяемые положения договоров МППЧ или нормы *jus cogens*?); и будут ли эти обязанности соответствовать лишь негативному обязательству государства уважать права либо они также будут эквивалентны позитивным обязательствам государства их защищать и соблюдать⁹⁶.

Не забывая об указанных различиях между нормами МГП и МППЧ, рассмотрим далее общие для двух правовых режимов положения вне зависимости от конкретной ситуации — вооруженного конфликта либо других чрезвычайных обстоятельств.

Общие для МГП и МППЧ положения о защите медико-санитарного персонала во время выполнения им медицинских обязанностей

Правовые меры, обеспечивающие защиту беспристрастного оказания медико-санитарной помощи, имеют много общего с конкретными нормами МГП по защите раненых, больных, медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств и, например, установленными МППЧ обязательствами уважать и защищать права на жизнь и здоровье, которые касаются вооруженных сил или сил безопасности государств, действующих в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций. К ним относятся как общее обязательство оказывать необходимую медицинскую помощь и уход, так и более конкретные обязанности и запреты, которые обеспечивают его исполнение, в том числе запрет на действия с применением насилия в отношении раненых, больных и медицинского персонала, их необоснованное убийство или жестокое обращение с ними; запрет на необоснованное полное либо частичное ограничение передвижения медицинского персонала и предметов снабжения; запрет на преследование или наказание медико-санитарного персонала за выполнение мероприятий, совместимых с медицинской этикой; а также обязательство защищать раненых и больных, медицинский персонал и объекты инфраструктуры от вредного вмешательства в процесс оказания медико-санитарной помощи со

96 Беллал, А., Джакка, Ж., Кейзи-Маслен, С., см. выше примечание 84, с. 211–213.

стороны третьих лиц. Далее в статье предлагаются комментарии по каждому из этих общих обязательств и запретов, включая описание их правовых оснований и толкований.

Будут приняты все возможные меры для обеспечения и осуществления на недискриминационной основе необходимой медико-санитарной помощи раненым и больным

В соответствии с МГП на все стороны, участвующие в вооруженном конфликте, включая негосударственные формирования, возлагается общее обязательство — предоставлять медицинскую помощь и уход раненым и больным «в максимально возможной мере и в кратчайшие сроки». Медицинская помощь и уход должны оказываться беспристрастно, то есть без каких-либо неблагоприятных различий, мотивированных не медицинскими, а иными основаниями⁹⁷. Формулировка «в максимально возможной мере и в кратчайшие сроки» означает, что данное обязательство не является абсолютным, но обязывает стороны принять все меры с учетом имеющихся у них ресурсов и возможности реализации таких мер на фоне боевых действий⁹⁸. При этом ни один человек не может быть умышленно оставлен без медицинской помощи⁹⁹.

Ранее уже говорилось о том, что помимо обязательств, применимых во всех видах вооруженных конфликтов, оккупационное право предусматривает дополнительные обязательства по сохранению существующей системы государственного здравоохранения на оккупированных территориях, в то время как отличные от норм оккупационного права положения МГП не предусматривают таких долговременных обязательств. Для удовлетворения первоочередных потребностей, например в условиях дефицита предметов первой необходимости и услуг для гражданского населения, участвующие в конфликте заинтересованные стороны должны выполнять свои обязательства, касающиеся гуманитарной помощи. Таким образом, в условиях любого вооруженного конфликта при отсутствии адекватного снабжения гражданского населения необходимыми для выживания товарами, надлежит принимать меры по оказанию гуманитарной помощи населению при согласии заинтересованных сторон, включая власти государства территориальной юрисдикции¹⁰⁰. При этом стороны не вправе произвольно отказать в согласии на такие меры¹⁰¹.

97 ЖК I–IV, общие положения ст. 3(2); ЖК I, ст. 12; ЖК II, ст. 12; ДП I, ст. 10(2); ДП II, ст. 7(2); Обычное МГП, норма 110, с. 510–514.

98 Commentary on AP I, Art. 10, pp. 146–147, paras. 446, 451.

99 ЖК I/ЖК II, ст. 12(2).

100 Как уже отмечалось выше в примечании 34, в условиях оккупации оккупирующая держава обязана дать согласие на проведение мероприятий по оказанию гуманитарной помощи, если не удовлетворяются базовые потребности населения. Отказ от дачи согласия не считается возможной альтернативой. См.: ЖК IV, ст. 59 и ДП I, ст. 69. Применительно к другим видам вооруженных конфликтов, не являющимся оккупацией, см.: ЖК IV, ст. 23; ДП I, ст. 70–71; ДП II, ст. 18(2); Обычное МГП, норма 55.

101 Обычное МГП, норма 55, с. 254–255.

МПП предусматривает конкретные меры эффективного содействия оказанию медицинской помощи на том основании, что раненые и больные остаются на поле боя после вооруженного столкновения. В этой связи МПП устанавливает, что в зависимости от обстановки и особенно после боя стороны, участвующие в вооруженных конфликтах, обязаны без промедления принять все возможные меры для розыска, сбора и эвакуации раненых и больных, не делая между ними какого-либо неблагоприятного различия¹⁰².

В контексте МППЧ обязательства немедленного исполнения, а также базовые обязательства, вытекающие из права на здоровье, представляют наиболее очевидную основу для аргументов в пользу фундаментального обязательства принять все возможные меры для обеспечения и содействия в предоставлении необходимой медико-санитарной помощи раненым и больным без какой-либо дискриминации.

Кроме того, согласно МППЧ, обязанность по обеспечению предоставления обязательной медико-санитарной помощи может также обосновываться правом на жизнь. В этой связи Комитет по правам человека — наблюдательный орган за исполнением договоров МПППП — в своем Замечании общего порядка № 6 о праве на жизнь особо отметил: «Слишком часто право на жизнь трактуется узко. Выражение «неотъемлемое право на жизнь» невозможно правильно понять в ограничительной трактовке, и защита этого права требует от государств принятия позитивных мер»¹⁰³. По этому вопросу Комитет по правам человека, помимо прочего, указал на желательность всевозможных мер со стороны государств-участников по увеличению продолжительности жизни, включая меры по ликвидации эпидемий¹⁰⁴. Таким образом, Комитет по правам человека интерпретирует сферу действия общего обязательства по обеспечению права на жизнь согласно статье 6 МПППП как выходящую за рамки защиты от необоснованного убийства и охватывающую другие угрозы человеческой жизни, такие как опасные для жизни заболевания¹⁰⁵.

Этот объем позитивных обязательств по защите права на жизнь был признан Европейским судом по правам человека (ЕСПЧ)¹⁰⁶. В частности, в судебном иске «Кипр против Турции» греки-киприоты, проживающие на оккупированной северной части острова, заявили, что ограничения возможности получения медицинской помощи и отказ предоставить или разрешить получать адекватное медицинское обслуживание

102 ЖК I, ст. 15(1); ЖК II, ст. 18; ДП II, ст. 8; Обычное МПП, норма 109, с. 505–509.

103 Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 6 — Право на жизнь, 30 апреля 1982 г., п. 5, доступно по адресу: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCCPR%2fGEC%2f6630&Lang=ru.

104 Там же.

105 M. Nowak, см. выше примечание 61, п. 123.

106 ECtHR, *Cyprus v. Turkey*, App. No. 25781/94, Judgment of 10 May 2001, para. 219; ECtHR, *Berktaş v. Turkey*, Judgment of 1 March 2001, para. 154; ECtHR, *Ilhan v. Turkey*, Judgment of 27 June 2000, para. 76; ECtHR, *L.C.B. v. United Kingdom*, Judgment of 9 June 1998, para. 36.

стали поводом для нарушения их права на жизнь¹⁰⁷. ЕСПЧ признал, что «предмет спора может быть обоснован положениями статьи 2 Конвенции, в которой указано на то, что органы власти Договаривающиеся государства подвергли жизнь отдельного человека риску своим отказом предоставить медико-санитарную помощь, которую они обязались сделать доступной для населения в целом»¹⁰⁸. Основные принципы ООН, касающиеся применения силы и огнестрельного оружия сотрудниками правоохранительных органов, — инструмент «мягкого права», представляющий собой авторитетное толкование условий применения силы, — также подтверждают взаимосвязь между предоставлением необходимого объема медико-санитарных услуг и защитой права на жизнь, причем внимание акцентируется на том, что всякий раз, когда законное применение силы и огнестрельного оружия становится неизбежным, сотрудники правоохранительных органов обязаны обеспечить оказание медико-санитарной помощи любому травмированному или пострадавшему лицу в кратчайшие сроки¹⁰⁹.

Международное уголовное право, особенно в контексте преступлений против человечности, представляет еще один свод правил, на основании которого можно утверждать, что отказ в доступе к жизненно необходимой медико-санитарной помощи может квалифицироваться как нарушение права на жизнь. Это стало возможным благодаря общепринятому на сегодняшний день мнению о том, что преступления, лежащие в основе преступлений против человечности, могут быть совершены вне зоны вооруженного конфликта и, следовательно, подпадают под действие положений МППЧ, как следует из наиболее сложной кодификации подобных преступлений, изложенной в статье 7 Статута Международного уголовного суда (МУС). Для целей настоящей работы особенный интерес представляют такие преступления, лежащие в основе преступлений против человечности, как убийство и массовое истребление людей, что является конкретными примерами нарушений права на жизнь. Помимо общих для преступлений против человечности элементов состава преступления¹¹⁰, в случае убийства необходимо доказать наличие причинно-следственной связи между смертью человека и действием либо

107 ECtHR, *Cyprus v. Turkey*, above note 106, para. 216.

108 Там же, para. 219. Однако Суд был не готов признать данное нарушение на основании обстоятельств дела, так как, по мнению Суда, не было доказано, что жизнь кого-либо из пациентов подвергалась опасности из-за запоздания медицинской помощи, причиной чего стали правила, введенные властями Турецкой Республики Северного Кипра.

109 Принцип 5(с). Основные принципы применения силы и огнестрельного оружия должностными лицами по поддержанию правопорядка, принятые восьмым Конгрессом ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, Куба, 27 августа — 7 сентября 1990 г., UN Doc. A/CONF.144/28/Rev. 1.

110 В соответствии со ст. 7(1) Статута МУС преступления против человечности должны совершаться в рамках широкомасштабного или планомерного нападения, направленного против любого гражданского населения, при наличии достоверной информации о таком нападении. Ст. 7(2)(а) Статута МУС определяет «нападение на любых гражданских лиц» как поведение, включающее многократное совершение актов, указанных в п. 1, против любого гражданского населения во исполнение или в развитие политики государства либо организации по совершению такого нападения.

бездействием, совершенным с намерением убить или причинить тяжкие телесные повреждения в условиях, когда исполнитель преступления знал, что при обычном ходе событий наступит смерть¹¹¹. Таким образом, умышленный отказ в доступе к жизненно необходимой медико-санитарной помощи может быть квалифицирован как убийство в результате бездействия. Еще более интересно то, что истребление людей означает массовые убийства, в том числе путем создания условий жизни, рассчитанных на уничтожение части населения. В этой связи МУС в сборнике Элементов состава преступления против человечности в виде массового истребления людей прямо определяет лишение доступа к продуктам питания и медикаментам как создание таких условий жизни¹¹².

В отличие от МГП положения МППЧ не устанавливают конкретных обязательств по поиску и сбору раненых и больных. Однако КЭСКИП особо отметил, что медико-санитарные учреждения, товары и услуги должны находиться в пределах безопасной физической досягаемости для всех групп населения¹¹³. Помимо этого, из общих обязательств, соотносимых с правом на здоровье и правом на жизнь, следует, что государства обязаны принимать позитивные меры для облегчения доступа к медико-санитарной помощи без какой-либо дискриминации, особенно в случаях, когда человек ранен или пострадал в результате применения силы сотрудниками правоохранительных органов, как это было указано выше.

Эти базовые обязательства по содействию в оказании первичной медицинской помощи раненым и больным создают предпосылки для более конкретных действий в интересах раненых, больных, медико-санитарного персонала, учреждений и медико-санитарного транспорта в соответствии с положениями МГП и МППЧ.

Раненые и больные, а также медико-санитарный персонал, выполняющий исключительно медицинские функции, не могут подвергаться нападению, быть произвольно лишены жизни либо подвергаться жестокому обращению. Применение силы против медико-санитарного персонала является обоснованным только в исключительных обстоятельствах

Согласно МГП базовое обязательство уважительного отношения к раненым и больным означает, в частности, запрет на нападение, убийство, жестокое обращение или причинение им вреда в любой форме¹¹⁴. В соот-

111 Элементы состава преступления согласно ст. 7(1)(a) Статута МУС, доступно по адресу: http://www.un.org/ru/documents/rules/icc_elements.pdf; ICC, *Prosecutor v. Bemba Gombo*, ICC-01/05-01/08, Decision Pursuant to Art. 61 (7)(a) and (b) of the Rome Statute on the Charges, 15 June 2009, paras. 131–138; International Criminal Tribunal for Rwanda, *Prosecutor v. Akayesu*, ICTR-96-4-T, Judgment of 2 September 1998, paras. 589–590; International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia, *Prosecutor v. Jelicic*, IT-95-10-T, Judgment of 14 December 1999, para. 51.

112 Элементы состава преступления согласно ст. 7 (1)(b) Статута МУС, см. выше примечание 111.

113 КЭСКИП, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, пп. 12, 43.

114 ЖК I, ст. 12; ЖК II, ст. 12; ЖК IV, ст. 16; ДП I, ст. 10; ДП II, ст. 7; Commentary on AP I, Art. 10, p. 146, para. 446.

ветствии с положениями МГП лица обязаны воздерживаться от актов враждебности для того, чтобы воспользоваться защищенным статусом раненых и больных¹¹⁵.

Базовые обязательства МГП в отношении раненых и больных обуславливают специальные меры защиты медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств, которые назначены исключительно для медицинских целей компетентным органом стороны, находящейся в конфликте¹¹⁶. В этой связи обязательство уважать медицинский персонал, медицинские формирования и санитарно-транспортные средства, которые выполняют поставленные им задачи, военные или гражданские, но исключительно гуманитарного характера, означает, что они не могут подвергаться нападению и что им не может быть причинен вред, даже если в данное время в медсанчасти или транспортном средстве нет раненых и больных либо медицинский персонал в данный конкретный момент времени не занимается лечением раненых и больных¹¹⁷. В контексте активных боевых действий из обязательства уважать и защищать указанных лиц также следует запрет не только прямых и неизбирательных посягательств, но также посягательств, которые могут причинить ожидаемо чрезмерный вред медицинскому персоналу, формированиям и санитарно-транспортным средствам, как лицам и объектам, имеющим право на особую защиту, поскольку эти лица и объекты выполняют медицинские функции, а не являются комбатантами¹¹⁸.

Кроме того, вышеуказанные обязательства оказывать уважение и защиту предписывают находящимся в конфликте сторонам принимать посильные меры предосторожности для щадящего отношения к раненым и больным, медицинскому персоналу, медицинским формированиям и санитарно-транспортным средствам во время и после боевых столкновений¹¹⁹. В основе данных обязательств также лежат общие обязательства, вытекающие из норм ведения военных действий. В этом контексте стороны, находящиеся в конфликте, обязаны сделать все от них зависящее для того, чтобы удостовериться, что объекты запланированной атаки являются военными целями, а не гражданскими лицами или объектами, равно как и не такими *особо охраняемыми лицами или объектами*, как медицинский персонал, медицинские формирования и санитарно-транспортные средства. Более того, конфликтующие стороны обязаны отменить или приостановить бое-

115 См.: ДП I, ст. 8(a).

116 Commentary on GC I, Art. 12, p. 134.

117 ЖК I, ст. 19(1), 24–26, 35; ЖК II, ст. 23, 36; ЖК IV, ст. 18, 20, 21; ДП I, ст. 12(1), 15, 21; ДП II, ст. 9, 11(1); Обычное МГП, нормы 25, 28, 29, с. 101, 108–109, 118, 125–126, 132.

118 Commentary on GC IV, Art. 18, pp. 147–148; Commentary on AP I, Art. 12, p. 171, paras. 539–540. Другие лица, которые не были назначены исключительно для медицинских целей стороной в конфликте, по общему правилу также получают защиту от прямых, неизбирательных нападений, а также от нападений, которые могут причинить ожидаемо чрезмерный вред гражданским лицам по сравнению с предполагаемым конкретным и непосредственным преимуществом в случае, если они являются гражданскими лицами. См.: ДП I, ст. 51; Обычное МГП, нормы 1, 11, 14.

119 Commentary on GC IV, Art. 18, p. 148; Commentary on AP I, Art. 12, p. 171, para. 540.

вое столкновение, если выяснится, что цель не военная либо *подлежит особой защите*¹²⁰. Конфликтующие стороны должны принять все меры предосторожности при выборе средств (оружия) и методов ведения боя (способов использования оружия), чтобы избежать либо минимизировать риск случайного причинения вреда гражданским лицам, что, с учетом соответствующих изменений, может распространяться на весь медицинский персонал, все медицинские формирования и санитарно-транспортные средства, как гражданские, так и военные¹²¹.

Эти обязательства имеют особое значение в ситуациях, когда медико-санитарный персонал, который может либо подпадать, либо не подпадать под определение МГП «медицинского персонала», спешит на поле боя, чтобы подобрать и эвакуировать раненых. В этих условиях трудно переоценить важность соблюдения обязательства предпринять все возможные усилия для проверки статуса объекта перед повторной атакой — остается он военной целью либо был эффективно уничтожен или нейтрализован.

120 ДП I, ст. 57(2)(a)(i), 57(2)(b); Обычное МГП, нормы 16 и 19.

121 См., например: австралийское «Руководство по законодательству, применяемому в ходе вооруженных конфликтов» (Australia, *Manual of the Law of Armed Conflict*, Australian Defence Doctrine Publication 06.4, Australian Defence Headquarters, 11 May 2006, para. 5.9): «Принцип пропорциональности обязывает командира сопоставить военное преимущество, приобретаемое в результате успешно проведенной операции, с возможными вредными последствиями для охраняемых лиц и объектов. Должно существовать приемлемое соотношение между законным уничтожением военных целей и возможными последствиями в виде сопутствующего ущерба»; канадское «Руководство по законодательству, применяемому в ходе вооруженных конфликтов» (Canada, *Law of Armed Conflict Manual*, 2001, para. 204.5): «Стандартным ориентиром для ответа на вопрос о соблюдении принципа пропорциональности служит предполагаемый вклад в достижение военной цели в ходе атаки или операции, оцениваемый в целом. Ожидаемое военное преимущество должно уравновешиваться другими последствиями военных действий, например неблагоприятными последствиями для гражданских лиц или гражданских объектов. Данный принцип предполагает оценку интересов, возникающих в результате успешно проведенной операции, с одной стороны, и возможных вредных последствий для охраняемых лиц и объектов — с другой»; новозеландское «Руководство по законодательству, применяемому во время вооруженных конфликтов» (New Zealand, *Interim Law of Armed Conflict Manual*, DM 112, New Zealand Defence Force Headquarters, Directorate of Legal Services, Wellington, November 1992, para. 207): «Принцип пропорциональности устанавливает связь между понятиями военной необходимости и гуманности. Это означает, что командир не вправе причинять вред некомбатантам, размер которого не пропорционален военной необходимости... Данный принцип предполагает оценку интересов, возникающих в результате успешно проведенной операции, с одной стороны, и возможных вредных последствий для охраняемых лиц и объектов — с другой»; филиппинское «Руководство для ВВС» (Philippines, *Air Power Manual*, Philippine Air Force Headquarters, Office of Special Studies, May 2000, para. 1–6.4): «Вместе с тем законы, применяемые во время вооруженных конфликтов, не должны служить препятствием для проведения операций. В действительности закон признает мнение о том, что уничтожение критически важных целей, особенно если это ведет к сокращению продолжительности конфликта, имеет долгосрочные гуманитарные последствия. Всегда действует главный объединяющий принцип: важность военной миссии (военной необходимости) определяет посредством взвешенной оценки (пропорциональности) масштаб допустимого сопутствующего либо случайного ущерба для охраняемых лиц и объектов»; венгерское «Военное руководство» (Hungary, *Military Manual*, 1992, p. 45): «Необходимо принимать все возможные меры для сохранения гражданских лиц и объектов [и] особо охраняемых лиц и объектов» (данные материалы доступны по адресу: www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule14 и www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule15); ДП I, ст. 57(2)(a)(ii); Обычное МГП, норма 17.

или серии атак неизбежно влияет на то, как наступающая сторона должна выполнять свои обязательства по выбору методов наступления, чтобы не причинить или хотя бы минимизировать случайный вред этому персоналу в ходе последующего наступления на тот же военный объект. Для этого необходима сдержанность, особенно при выборе времени наступления¹²². Следовательно, атакующей стороне необходимо дождаться момента, когда медико-санитарный персонал закончит сбор и эвакуацию раненых и больных с поля боя после предыдущего столкновения. Присутствие медицинского персонала также необходимо учитывать как фактор, при оценке соразмерности вреда, который может быть причинен в ходе последующего боя гражданским лицам и медицинскому персоналу, а также медицинским формированиям и санитарно-транспортным средствам, так как он может оказаться чрезмерным относительно ожидаемого непосредственного и конкретного военного преимущества.

К сожалению, итоги ряда совещаний экспертов, организованных в рамках проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой», а также последние публикации МККК об инцидентах с применением насилия в 2012 г. выявили формирующуюся тревожную тенденцию, когда наступающая сторона демонстративно пренебрегает обязательствами по применению мер предосторожности. Было отмечено, что атакующие силы, принадлежащие как к государственным, так и к негосударственным сторонам конфликта, быстро, умышленно и незаконно атакуют тех, кто оказывает помощь пострадавшим в ходе предыдущего боя или столкновения¹²³. Это серьезным образом ограничивает обстоятельства и возможности обороняющейся стороны в конфликте выполнять свои обязанности по поиску и сбору раненых и больных в кратчайшие сроки после боевого столкновения. По той же причине медико-санитарный персонал национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца или других беспристрастных медицинских организаций может не иметь возможности оказать содействие участвующей в конфликте стороне в поиске и сборе раненых и больных. Столкнувшись с такой практикой, медико-санитарный персонал, опасаясь за собственную безопасность, может отказаться выходить на поле боя для поиска, сбора и эвакуации раненых и больных сразу после боевого столкновения. Это будет иметь пагубные последствия как для раненых и больных, так и для групп населения, нуждающихся в эффективной и быстрой помощи. Таким образом, в подобных ситуациях перед медицинскими работниками возникает серьезная дилемма поиска приемлемого компромисса между обеспечением собственной безопасности и оказанием срочной медико-санитарной помощи для спасения жизни людей.

122 По вопросу определения сроков исполнения данного обязательства см.: Jean-François Quéguiner, 'Precautions under the law governing the conduct of hostilities', in *International Review of the Red Cross*, Vol. 88, No. 864, 2006, p. 800.

123 См. выше, например, ICRC, *Violent Incidents Affecting Health Care*, примечание 7, pp. 9–10.

Одно конкретное обязательство о мерах предосторожности после боевого столкновения содержится в договорном праве МГП и применяется в ходе международных вооруженных конфликтов, а именно: стороны, участвующие в конфликте, должны, по возможности, размещать медицинские формирования таким образом, чтобы нападения на военные цели не создавали угрозы их безопасности¹²⁴. Данное обязательство, естественно, будет соблюдаться наилучшим образом, если медицинские подразделения будут находиться далеко от любых военных объектов, однако оговорка «по возможности» ясно дает понять, что требование не размещать медицинские формирования в непосредственной близости от военных объектов может быть реально выполнимым в одних обстоятельствах и невыполнимым в других; по этой причине особо подчеркивается, что данный принцип предосторожности актуален в условиях воздушных бомбардировок¹²⁵. С другой стороны, обеспечение удаленного размещения от военных целей может быть нереалистичной задачей там, где действующие медицинские формирования уже находятся вблизи военных целей, например мобильные медицинские подразделения — полевые госпитали или пункты первой медико-санитарной помощи — зачастую функционируют в непосредственной близости от поля боя, а в городах уличные бои могут вестись рядом с медико-санитарной частью¹²⁶.

Медицинский персонал, медицинские формирования и санитарно-транспортные средства могут лишиться особых прав на защиту, если помимо выполнения своих гуманитарных функций они совершают действия, наносящие ущерб противнику. «Действия, наносящие ущерб противнику» могут означать действия, целью или следствием которых является нанесение вреда противной стороне путем оказания содействия или создания препятствий военным операциям¹²⁷. Обоснование утраты права на защиту абсолютно понятно: медицинский персонал, медицинские формирования и санитарный транспорт не должны каким-либо образом участвовать в военных операциях в поддержку одной из конфликтующих сторон. Подобные действия могут создать общую атмосферу недоверия, что скажется и на других медико-санитарных работниках, которые могут столкнуться с повышенным уровнем нестабильности и насилия в ходе работы. В конечном итоге все это негативно повлияет на раненых и больных, которые могут не получить необходимую медицинскую помощь и уход.

124 См.: ЖК I, ст. 19(2); ЖК IV, ст. 18(5); ДП I, ст. 12(4); Обычное МГП, с. 124. Данное положение можно считать конкретно выраженным применительно к медицинским формированиям в рамках общего обычного обязательства в отношении мер предосторожности, применимому в международных и немеждународных вооруженных конфликтах, насколько это возможно, для удаления гражданских лиц и гражданские объекты, находящиеся под контролем одной из сторон конфликта, от близко расположенных военных объектов. См.: ДП I, ст. 58(а); Обычное МГП, норма 24.

125 Commentary on GC I, Art. 19, p. 198; Commentary on GC IV, Art. 18, p. 153; Commentary on AP I, Art. 12, p. 171, para. 542.

126 Commentary on GC IV, Art. 18, p. 153; Commentary on AP I, Art. 12, p. 172, para. 545.

127 Commentary on GC I, Art. 21, p. 200; Commentary on GC I, Art. 24, p. 221; Commentary on GC IV, Art. 20, p. 161.

Фраза «помимо своих гуманитарных функций», как дополнительное требование, со всей ясностью говорит о том, что даже если какое-то действие будет воспринято как «действие, наносящее ущерб противнику», оно не повлечет за собой утрату права на защиту в том случае, если оно не выходит за рамки гуманитарных задач медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств. Это исключает возможность интерпретации действия как «действия, наносящего ущерб противнику» на том основании, что, например, мобильное медицинское формирование размещено на территории или вблизи военных объектов, так как подобное размещение может быть мотивировано исключительно гуманитарными причинами¹²⁸.

Примерами «действий, помимо гуманитарных функций, наносящих ущерб противнику» являются: использование медицинского блока для укрытия годных к строевой службе комбатантов или дезертиров, либо в качестве склада оружия или боеприпасов, военного наблюдательного пункта, узла связи с действующими войсками, или для прикрытия военного объекта¹²⁹; перевозка годных к строевой службе солдат или оружия, сбор или передача военной информации¹³⁰; либо ведение огня по военному объекту в ходе боевого столкновения¹³¹.

С другой стороны, некоторые действия не считаются действиями, наносящими ущерб противнику: например ношение или применение легкого индивидуального оружия для самообороны или защиты раненых и больных; присутствие военнослужащих или военного сопровождения¹³²;

128 Commentary on AP I, Art. 13, p. 175.

129 Commentary on GC I, Art. 21, pp. 200–201; Commentary on GC IV, Art. 19, p. 154; Обычное МГП, норма 28, с. 125–126. Прямой запрет на использование медицинских формирований для попытки прикрыть военные объекты от нападения содержится в ДП I, ст. 12(4).

130 Commentary on AP I, Art. 23, para. 925; Обычное МГП, норма 29, с. 132.

131 Commentary on AP I, Art. 23, para. 925. Если поведение медицинского персонала соответствует тому, что применительно к гражданским лицам считается непосредственным участием в боевых действиях и, следовательно, нарушает принцип строгого нейтралитета и выходит за рамки гуманитарной функции медицинского персонала, то такое поведение квалифицируется как действие, причиняющее ущерб противнику. См. Обычное МГП, норма 25, с. 109. Следует подчеркнуть, что понятие «непосредственное участие в военных действиях», касаясь только гражданских лиц, имеет иную сферу применения, чем сфера применения понятия «действия, наносящие ущерб противнику», которые могут совершить как военный, так и гражданский медицинский персонал. Кроме того, «действия, наносящие ущерб противнику» являются стандартным основанием лишения охраняемого статуса медицинских объектов, а не только физических лиц, т. е. медицинских формирований и санитарно-транспортных средств.

132 Движение Красного Креста и Красного Полумесяца принципиально возражает против использования какой-либо вооруженной охраны. Эта позиция закреплена в Резолюции № 9 «Вооруженная охрана операций гуманитарной помощи», принятой в 1995 г. Советом делегатов, и совсем недавно была подтверждена в Резолюции № 7, принятой Советом делегатов в 2005 г. и озаглавленной «Руководящий документ по вопросу отношений между составными частями Движения и военными властями». Подобное принципиальное возражение против использования вооруженного эскорта обусловлено тем, что любая вооруженная защита любого участника Движения вступает в противоречие с основополагающими принципами гуманности, независимости, беспристрастности и нейтральности. Однако эти резолюции Совета делегатов и, в частности, доклад об использовании вооруженной защиты, прилагаемый к Резолюции № 9 1995 г., признают, что могут возникать исключительные ситуации, когда человеческие жизни можно сохранить, только согласившись на использование вооруженного сопровождения,

хранение стрелкового оружия и боеприпасов, принятых от раненых и больных, но пока не переданных уполномоченному лицу; простой уход за ранеными и больными военнослужащими противника; либо ношение военной формы противника или его знаков отличия¹³³.

К «легкому индивидуальному оружию», применение которого для самообороны или защиты раненых и больных, находящихся на попечении медика, не влечет утраты права на особую защиту, относится оружие, которое, как правило, имеет при себе и применяет одно лицо. Таким образом, разрешено носить и применять не только ручное оружие, например пистолеты, но даже винтовки и автоматы; однако пулеметы и другое тяжелое вооружение, которое один человек не может переносить и которое приводится в действие группой лиц, не относятся к «легкому индивидуальному оружию». Следовательно, их использование приведет к утрате права на особую защиту¹³⁴.

Следует подчеркнуть, что даже легкое индивидуальное оружие может применяться только при необходимости для самообороны и защиты раненых и больных: например при защите от насилия со стороны грабителей или мародеров либо от незаконного нападения на раненых и больных или на медицинский персонал со стороны комбатантов или боевиков противника, а также в случае действий, направленных на поддержание порядка внутри медицинского подразделения, например для защиты от насильственных действий со стороны выздоравливающих раненых и больных. Аналогичным образом там, где в оказании медицинской помощи участвуют гражданские лица, применение силы в целях самозащиты либо для пресечения незаконных нападений, грабежей, изнасилований и убийств со стороны мародерствующих солдат не влечет утраты права на защиту в случае прямого нападения, так как подобная самооборона не носит агрессивного характера и, следовательно, не является прямым участием в боевых действиях¹³⁵. С другой стороны, использование легкого индивидуального оружия в целях сопротивления военному наступлению противника на территорию расположения медицинского формирования либо захвату такого формирования противником не соответствует ограничительному толкованию понятия «оборона» и, следовательно, такие действия будут квалифицированы как оказание содействия или создание препятствий военным операциям противной стороны в конфликте и, таким образом, являются действиями, наносящими ущерб противнику¹³⁶.

то есть когда принцип гуманизма обязывает участников Движения добровольно внести изменения в обычные рабочие процедуры. В докладе изложены некоторые *минимальные условия* или вопросы, требующие исполнения и утвердительных ответов, которые были утверждены вышеупомянутыми резолюциями и которые любой участник Движения обязан принимать во внимание, соглашаясь на использование вооруженного эскорта. Вместе с тем санитарные транспортные средства, которые не относятся к организациям Красного Креста и Красного Полумесяца, вправе осуществлять свою деятельность под защитой военных конвоев, а в некоторых случаях они обязаны войти в состав военного конвоя.

133 ЖК I, ст. 22; ДП I, ст. 13; Обычное МГП, нормы 25 и 29, с. 109 и 132.

134 Commentary on AP I, Art. 13, para. 563.

135 См.: ICRC, *Interpretive Guidance on the Notion of Direct Participation in Hostilities*, 2009, p. 61.

136 Там же, paras. 560–561; Commentary on GC I, Art. 22, p. 203. См. также: Bosnia and Herzegovina,

При обсуждении допустимых границ права медицинского персонала на ношение оружия аналогичные аргументы используются применительно к размещению боевых средств на медицинских зданиях или транспортах. Таким образом, запрещается устанавливать любые виды вооружения, которые потенциально могут быть использованы в ходе наступательной операции. С другой стороны, допускается использование средств обороны исключительно отражательного характера, например дипольных отражателей, инфракрасных ловушек или средств радиоэлектронного подавления¹³⁷. По аналогии использование медицинским персоналом или гражданскими лицами, участвующими в оказании медико-санитарной помощи, таких средств индивидуальной защиты, как каски, пуленепробиваемые жилеты, противогазы, а также использование броневых автомобилей не выходит за рамки допустимых пределов индивидуальной защиты, поскольку указанные средства используются исключительно в оборонительных целях для защиты от поражающих факторов взрывных устройств либо для уменьшения воздействия химических или опасных веществ¹³⁸.

В соответствии с МПП для лишения медицинского персонала, формирования и санитарно-транспортных средств права на особую защиту необходимо принять во внимание ряд дополнительных условий, а именно несоблюдение требования после надлежащего предупреждения и, во всех подобных случаях, в течение разумного интервала времени¹³⁹. Цель подобного предупреждения — дать возможность лицам, действующим в ущерб противнику, прекратить эти действия либо — в случае их продолжения — инициировать безопасную эвакуацию раненых и больных, которые не несут ответственности за указанные действия и которые не должны стать невинными жертвами таких деяний¹⁴⁰. В отличие от режима общей

Military Instructions, 1992, Item 15, para. 2; South Africa, *Law of Armed Conflict Manual*, 1996, para. 59 (оба руководства доступны по адресу: www.icrc.org/customary-ihl/eng/print/v2_rule28); United States, *Army Health System, Army Tactics, Techniques, and Procedures*, No. 4-02, August 2013, p. 3–9, para. 3.31; http://armypubs.army.mil/doctrine/DR_pubs/dr_a/pdf/fm4_02.pdf.

137 Louise Doswald-Beck (ed.), *The San Remo Manual on International Law Applicable to Armed Conflicts at Sea*, Cambridge University Press, Cambridge, 1995, Commentary on Rule 170, para. 170.3, p. 235.

138 Однако нужно проанализировать то, что является юридически возможным и не ведет к утрате статуса охраняемого лица, с позиции преимуществ либо отрицательных последствий для оперативной ситуации. В этой связи в Мексике на семинаре в рамках проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой», посвященного работе службы скорой помощи и доврачебной помощи, было рекомендовано оценивать возможность ношения таких предметов с позиции преимуществ и недостатков в конкретных условиях, прежде чем давать разрешение на их использование. Принимая решение об использовании средств индивидуальной защиты, необходимо предусмотреть надлежащую подготовку по их целевому использованию. См.: Норвежский Красный Крест при поддержке Мексиканского Красного Креста и МККК, *Ambulances and Pre-Hospital Services in Risk Situations*, 2013, pp. 35–38, доступно по адресу: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4173.pdf>.

139 ЖК I, ст. 21; ЖК II, ст. 34(1); ЖК IV, ст. 19(1); ДП I, ст. 13(1); ДП II, ст. 11(2); Обычное МПП, нормы 25, 28, 29.

140 Jean Pictet (ed.), *Commentary on the Geneva Conventions of 12 August 1949*, International Committee of the Red Cross, Geneva, 1960, Art. 21 of GC I, pp. 201–202; and Art. 19 of GC IV, p. 155. Также см. Yves Sandoz, Christophe Swinarski and Bruno Zimmermann (eds.), *Commentary on the Additional*

защиты гражданского населения и гражданских объектов в ходе боевых действий на условии о «надлежащем предупреждении» о возможной утрате медицинским персоналом, формированием или санитарно-транспортным средством права на особую защиту не распространяется оговорка «когда обстоятельства позволяют», в силу которой стороне конфликта, например, разрешается проигнорировать предупреждение, если внезапность является главным условием наступательной операции¹⁴¹.

Однако даже если медицинский персонал, медицинское формирование или санитарно-транспортное средство лишились права на особую защиту и могут стать объектами нападения, продолжает действовать обязательство уважать и защищать раненых и больных, находящихся на их попечении, поэтому надлежит предпринимать усилия по бережному отношению к указанным лицам и объектам, равно как и активные меры для обеспечения их безопасности¹⁴². Таким образом, нападения на медицинский персонал, формирования или транспортные средства, которые утратили право на особую защиту, должны соответствовать принципу соразмерности и обязательству принимать все возможные меры предосторожности для того, чтобы избежать или хотя бы минимизировать риск случайной смерти и (вторичного) ранения для раненых и больных¹⁴³.

Совершение деяния, наносящего ущерб противнику, не является автоматически нарушением норм МГП, так как МГП не содержит общего запрета на совершение действий в ущерб противнику. Однако, в зависимости от обстоятельств, некоторые действия, наносящие ущерб противнику,

Protocols, ICRC, Geneva 1987, Art. 13 of AP I, p. 176; и Сандо, И., Свинарски, К., Циммерман, Б., *Комментарий к Дополнительному протоколу к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 года, касающемуся защиты жертв вооруженных конфликтов международного характера (Протокол II)*, Москва, 1998 (далее — Комментарий к ДП II), ст. 11, с. 174.

141 См. ДП I, ст. 57(2)(с). Казалось бы, что ситуация с «предупреждением» о возможной утрате охраняемого статуса медицинским персоналом, медицинским формированием и санитарно-транспортным средством будет применяться, по крайней мере, в подавляющем большинстве случаев, в качестве обязательного и неотменимого условия. Однако в исключительных обстоятельствах, например когда существует неотвратимая и серьезная угроза жизни наступающим комбатантам или бойцам (т.е. когда их мгновенно могут обстрелять), нереально ожидать, что наступающая сторона выполнит требование о предупреждении. См.: Australia, *The Manual of the Law of Armed Conflict*, 2006, para. 9.69; Peru, *International Humanitarian Law Manual*, 2004, Chapter V, para. 88(b)(2); Israel, Supreme Court, sitting as High Court of Justice, *Physicians for Human Rights v. IDF Commander in the West Bank*, No. 2936/02, Judgment of 8 April 2002 (все материалы доступны по адресу: www.icrc.org/customary-ihl/eng/print/v2_rul_rule28). С другой стороны, поскольку сроки определяются прямой оговоркой «во всех надлежащих случаях», следовательно, данное требование можно толковать расширительно, исходя из соображений военной необходимости.

142 См. выше: Peru, *International Humanitarian Law Manual*, above note 140, para. 88(b)(2): в контексте нападения на медицинское формирование в результате утраты им статуса охраняемого объекта предписано: «В любом случае необходимо попытаться защитить раненых и больных».

143 Alexandra Boivin, *The Legal Regime Applicable to Targeting Military Objectives in the Context of Contemporary Warfare*, Research Paper Series No. 2, University Centre for International Humanitarian Law, 2006, p. 56; Jann K. Kleffner, 'Protection of the wounded, sick and shipwrecked', in Dieter Fleck (ed.), *The Handbook of International Humanitarian Law*, 2nd ed., Oxford University Press, Oxford, 2008, p. 344.

не только имеют последствия в виде утраты медицинским персоналом, медицинским формированием или санитарным транспортом права на особую защиту, но и являют собой нарушение обязательства о мерах предосторожности для защиты раненых и больных, а также медико-санитарного персонала и объектов, находящихся под их контролем, против последствий боевых столкновений. Кроме того, такое поведение может спровоцировать другие нарушения норм МГП, в том числе и такие серьезные нарушения, как военные преступления. Например, если медицинский персонал демонстрирует какую-либо отличительную эмблему в качестве защитного знака во время совершения действий, наносящих ущерб противнику, это является нарушением запрета МГП на ненадлежащее использование отличительной эмблемы¹⁴⁴. Помимо этого, если защитная эмблема демонстрируется с целью завладеть доверием противника, заверив его/ее в том, что данное лицо находится под охраной как медицинский работник, чтобы затем убить или ранить его/ее, и в итоге эти действия приводят к смерти или ранению противника, то подобное деяние приравнивается к военному преступлению, такому как вероломное убийство или ранение противника¹⁴⁵.

В соответствии с МППЧ на государства возложено обязательство не допускать необоснованного лишения жизни лиц, находящихся под их юрисдикцией, включая раненых, больных и медико-санитарный персонал¹⁴⁶. Применение государственными субъектами силы в отношении медико-санитарного персонала оправдано лишь в ходе правоприменительных операций, когда абсолютно необходимо защитить людей от неминуемой угрозы их жизни или телесной неприкосновенности; для предотвращения совершения особо тяжких преступлений, связанных с серьезной угрозой для жизни; при аресте лица, представляющего такую опасность и оказывающего сопротивление органам власти либо для предотвращения его/ее побега; или для подавления бунта или мятежа¹⁴⁷. Режим «абсолютной

144 ДП I, ст. 38; ДП II, ст. 12; Обычное МГП, норма 59.

145 Вероломство определяется как «действия, направленные на то, чтобы вызвать доверие противника и заставить его поверить, что он имеет право на защиту или обязан предоставить такую защиту согласно нормам международного права, применяемого в период вооруженных конфликтов, с целью обмана такого доверия». См.: ДП I, ст. 37; Обычное МГП, норма 65. Вероломное использование отличительной эмблемы, приведшее к смерти или серьезному ранению, квалифицируется как серьезное нарушение этой нормы согласно ст. 85(3)(f) ДП I. Кроме того, это деяние также квалифицируется как военное преступление согласно нормам обычного международного гуманитарного права: см.: Обычное МГП, норма 156, с. 737, 767 и 769. О военном преступлении в виде вероломного убийства или ранения см. также: Статут МУС, ст. 8(2)(b)(xi) и 8(2)(e)(ix). Помимо этого, ненадлежащее использование отличительных эмблем, установленных Женевскими конвенциями, приведшее к смерти или серьезному ранению, также признается военным преступлением в ходе международных вооруженных конфликтов согласно ст. 8(2)(b)(vii) Статута МУС и нормам обычного МГП. См.: Обычное МГП, норма 156, с. 737.

146 МППП, ст. 6(1); ЕКПЧ, ст. 2; АСПЧ, ст. 4; АФХПЧН, ст. 4.

147 ЕКПЧ, ст. 2(2); HRC, *Guerrero v. Colombia*, Communication No. R.11/45, UN Doc. Supp. No. 40(A/37/40), 31 March 1992, paras. 13.2 and 13.3; IACtHR, *Las Palmeras*, Judgment, 26 November 2002, Ser. C No. 96, 2002; M. Nowak, см. выше примечание 61, п. 128; Основные принципы применения силы и огнестрельного оружия должностными лицами по поддержанию правопорядка, принципы 9 и 10.

необходимости» подразумевает, что применение силы возможно только в том случае, когда менее экстремальные средства, в особенности арест, недостаточны для достижения указанных целей¹⁴⁸. Как правило, ни раненые, ни больные, ни медицинский персонал не представляют непосредственной угрозы, обуславливающей применение против них силы. Даже если они совершают акты насилия, не имеющие отношения к самообороне или защите других лиц, сотрудники правоохранительных органов обязаны сделать недвусмысленное предупреждение о намерении применить огнестрельное оружие и предоставить достаточно времени для выполнения требования, за исключением случаев, когда подобные действия могут привести к смерти или причинить серьезный ущерб сотруднику полиции или третьего лица¹⁴⁹. В сфере МППЧ, в отличие от МГП, понятие соразмерности используется не для оправдания причинения случайного вреда людям и объектам, окружающих человека, против которого применяется сила, а скорее для минимизации последствий применения силы против такого человека¹⁵⁰.

Помимо этого, согласно МППЧ, в случае, если применение силы чревато причинением сильной боли или страдания и не пропорционально законной цели — например при нейтрализации непосредственной угрозы жизни или физической неприкосновенности другого человека либо при подавлении бунта или мятежа, — этот принцип может вступить в противоречие с обязательством государств не подвергать лиц, находящихся под их юрисдикцией, жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению. Это объясняется тем, что запрет на жестокое, бесчеловечное и унижающее достоинство обращение, в отличие от запрета пыток, может сыграть свою роль при применении силы полицией в ситуациях, выходящих за рамки заключения под стражу¹⁵¹. Даже если при применении силы причиняется не очень сильная боль или страдание, но имеет место унижающее обращение, такое деяние может рассматриваться как унижающее достоинство обращение¹⁵². Однако с того момента как раненый, больной или медицинский работник попадает под непосредственный физический контроль полиции, будучи арестованным или задержанным, в его отношении запрещается любое применение силы¹⁵³.

148 Там же, принцип 9.

149 Там же, принципы 9 и 10.

150 *Льобелл, Н.* Проблемы, возникающие при применении права прав человека к вооруженным конфликтам// *Международный журнал Красного Креста*. Декабрь 2005. Том. 87, № 860, с. 187–188.

151 МППП, ст. 7; Конвенция против пыток, ст. 16; Manfred Nowak, 'Challenges to the absolute nature of the prohibition of torture and ill-treatment', in *Netherlands Quarterly of Human Rights*, Vo. 23, 2005, pp. 676–678.

152 МППП, ст. 7; Конвенция против пыток, ст. 16; Manfred Nowak, 'Challenges to the absolute nature of the prohibition of torture and ill-treatment', in *Netherlands Quarterly of Human Rights*, Vo. 23, 2005, p. 678.

153 Там же.

Доступ к медико-санитарным учреждениям, товарам и услугам не должен быть необоснованно ограничен, и следует по мере возможности избегать отказов в предоставлении доступа к ним

В соответствии с МПП обязанность заботиться о раненых и больных означает не только медицинское лечение, включая оказание первой медико-санитарной помощи, но и предполагает, в частности, их перевод в медицинскую часть либо обеспечение их транспортировки к месту, где им может быть оказан должный уход¹⁵⁴. Следовательно, необоснованное ограничение или запрет на передвижение санитарно-транспортных средств без предоставления альтернативного способа транспортировки раненых и больных, медицинского персонала или товаров медицинского назначения является нарушением данного обязательства. Слово «необоснованный» отражает объем обязательства по обеспечению ухода «в максимально возможной мере и в кратчайшие сроки», что позволяет учитывать не только материальные возможности, но и военную необходимость¹⁵⁵, например проверки санитарных транспортных средств на контрольно-пропускных пунктах из соображений безопасности, чтобы удостовериться, помимо прочего, в том, что они не используются для совершения действий, наносящих ущерб противнику. Хотя некоторые задержки будут неизбежны по причине военной необходимости, они должны быть компенсированы гуманитарными соображениями, требующими сократить, по возможности, время простоя и предотвратить запреты на движение транспорта. Запрет на необоснованную задержку медицинского транспорта также вытекает из обязательства уважать медицинский персонал, медицинские формирования и санитарно-транспортные средства, поскольку предписывает участвующим в конфликте сторонам не препятствовать необоснованно их работе, в том числе путем прекращения поставок товаров медицинского назначения медицинским подразделениям¹⁵⁶.

Кроме того, такой запрет вытекает из общего обязательства конфликтующих сторон, по возможности и особенно после боя, незамедлительно принять все возможные меры для розыска, сбора и эвакуации раненых и больных¹⁵⁷. Это обязательство предполагает разрешение беспристрастным гуманитарным организациям оказывать содействие в процессе поиска и сбора раненых и больных. В реальной ситуации гуманитарным организациям для осуществления подобной деятельности потребуются соответствующее разрешение всех участвующих в конфликте сторон, но отказ в выдаче разрешения не может быть необоснованным¹⁵⁸. Там, где речь идет о раненых и больных гражданских лицах, а также о беспристрастных гражданских медико-санитарных организациях, более общим основанием

154 Commentary on GC I, Art. 12, p. 137; Commentary on AP III, Art. 8, p. 1415, para. 4655.

155 J. K. Kleffner, см. выше примечание 143, p. 331.

156 См., например: Commentary on AP I, Art. 12, para. 517.

157 ЖК I, ст. 15; ЖК II, ст. 18; ДП II, ст. 8; Обычное МПП, норма 109.

158 Обычное МПП, норма 109, с. 507–508.

для такого запрета могут быть обязательства сторон, участвующих в конфликте, в отношении оказания гуманитарной помощи, как уже было рассмотрено выше¹⁵⁹.

В соответствии с МППЧ неотъемлемое обязательство уважать право на доступ к медико-санитарной инфраструктуре, товарам и услугам без какой-либо дискриминации в рамках права на здоровье предписывает государствам воздерживаться от необоснованного ограничения или запрета доступа к ним для раненых и больных, например в виде карательной меры против политических противников¹⁶⁰. Ограничение доступа врачей к раненым и больным на том основании, что те выступают против правительства, является необоснованным, поскольку подобное ограничение, в первую очередь, противоречит основополагающему принципу не допускать дискриминации в отношении лиц, нуждающихся в медико-санитарной помощи. Кроме того, крайне маловероятно, что государства-участники могли бы согласиться со столь далеко идущим ограничением в рамках ограничительной оговорки статьи 4 МПЭСКИ, поскольку оно представляется несовместимым с сущностью права на доступ к базовым услугам здравоохранения, которое, в свою очередь, тесно связано с обязанностью государств защищать право на жизнь¹⁶¹. Помимо этого, ссылки на ограничения по соображениям национальной безопасности невозможны в том случае, если часть населения будет лишена доступа к срочной медико-санитарной помощи. Все это можно объяснить тем, что подобное ограничение в целом не будет способствовать экономическому и социальному благополучию населения, проживающего в данном государстве¹⁶². И наконец ограничения должны быть соразмерны в том смысле, что при наличии различных видов ограничений следует остановить свой выбор на наименее жестком варианте¹⁶³. Таким вариантом может быть отказ от прямого запрета на передвижение медико-санитарных транспортных средств и, например, их задержка на контрольно-пропускных пунктах на минимально возможный срок¹⁶⁴.

159 См. выше примечание 35.

160 КЭСКИ, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, пп. 34, 43, 47 и 50.

161 Там же, п. 28.

162 МПЭСКИ, ст. 4; P. Alston, G. Quinn, см. выше примечание 66, p. 202.

163 МПЭСКИ, ст. 5; КЭСКИ, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, п. 29.

164 Одна из тематических областей, изучаемых в рамках проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой», касается совершенствования стандартных оперативных процедур для ускорения процесса проверок на контрольно-пропускных пунктах вооруженных сил и сил безопасности и может способствовать повышению уважения к запрету на необоснованное ограничение или лишение, насколько это возможно, доступа к медицинскому обслуживанию. Эта тема включена в список вопросов, которые будут обсуждаться на семинаре экспертов в рамках проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой» в Сиднее в декабре 2013 г. Согласно праву на здоровье, решения по введению мер правового, административного и иного характера в этой области находятся в сфере действия обязательства исполнять установленные требования. См.: КЭСКИ, Замечание общего порядка № 14, примечание 29, п. 33.

Медико-санитарный персонал не может быть ограничен в исполнении своих исключительно медицинских задач. Медики не должны подвергаться преследованиям за то, что они просто оказывают помощь раненым и больным, и не должны понуждаться отказаться от раненых и больных, получающих их помощь, за исключением случаев, прямо предусмотренных положениями МГП, МППЧ и национального законодательства

Предусмотренное МГП обязательство уважать медицинский персонал и медицинские формирования, выполняющих свои исключительно гуманитарные функции, также означает, что стороны, участвующие в конфликте, должны позволить медицинскому персоналу осуществлять лечение раненых и больных и не должны чинить необоснованных препятствий работе медицинского формирования¹⁶⁵.

В этом контексте нормы МГП, по сути, не запрещают личному составу сил безопасности, вооруженных сил или вооруженных групп входить в помещения медицинских формирований с оружием в руках. В этом проявляется прагматический аспект МГП, а также признание того, что вооруженное присутствие на территории медицинских формирований возможно на законных основаниях, например, для поиска предполагаемых преступников, проведения допроса и ареста подозреваемых, поиска и ареста комбатантов или бойцов, представляющих серьезную угрозу для их безопасности, или для подтверждения того, что данное медицинское формирование не используется в военных целях¹⁶⁶. Вооруженное присутствие также возможно в том случае, если, например, уже задержанные комбатанты или бойцы обращаются за медицинской помощью в гражданское медицинское учреждение и сопровождаются вооруженными комбатантами или бойцами задержавшей их державы. В подобных обстоятельствах вооруженное присутствие на территории медицинского формирования не запрещено нормами МГП; напротив, оно может оказаться необходимым для сохранения способности эффективно осуществлять обязательство по предоставлению медицинской помощи и ухода раненым и больным без отрицательных последствий. Следует напомнить, что различия в медицинском уходе могут быть обоснованы только медицинскими соображениями, а не тем, что пациент является гражданским лицом или военнослужащим, либо тем, что он/она ранее принимали непосредственное участие в боевых действиях.

165 Commentary on GC I, Arts. 19, 24, 35, pp. 196, 220 and 280; Commentary on AP I, Arts. 12 and 21, pp. 166 and 250, paras. 517 and 840–842; Комментарий к ДП II, ст. 11, с. 170, п. 4714.

166 Ряд государств на практике демонстрируют то, что медицинские подразделения могут подвергаться проверкам для выяснения их состава и фактического использования, в частности чтобы удостовериться, что они не используются в целях, не имеющих отношение к медицине. См.: Benin, *Military Manual*, 1995, Fascicule II, p. 8; Nigeria, *International Humanitarian Law*, 1994, p. 45, para. (f); Senegal, *Le DIH adapté au contexte des opérations de maintien de l'ordre*, 1999, p. 17; Togo, *Le Droit de la Guerre*, 1996, Fascicule II, p. 8 (все материалы доступны по адресу: www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule28).

Вместе с тем с гуманитарной точки зрения присутствие значительного числа вооруженных лиц в помещении медицинской части может усилить чувство незащищенности у медико-санитарного персонала и находящихся на лечении раненых и больных. Это объясняется тем, что присутствие вооруженных лиц может нарушить нормальный режим функционирования медицинского подразделения. В результате может быть затруднен доступ врачей к пациентам, могут возникнуть угрозы для медико-санитарного персонала, раненых и больных, а необходимое раненым и больным лечение может быть отложено либо запрещено. Помимо прочего, присутствие в помещении медицинской части значительного числа вооруженных людей может вызвать подозрение у противной стороны конфликта. В результате медицинские подразделения рискуют подвергнуться нападению, потому что противной стороне конфликта может показаться, что они используются для совершения действий, наносящих ущерб противнику.

Проблема не сводится к простому факту присутствия вооруженных лиц на территории медицинских формирований; и коль скоро присутствие вооруженных лиц может обуславливаться законными целями, было бы наивно пытаться вообще предотвратить подобные операции. Проблема заключается в способе проведения таких операций, последствиями которых является частичное или полное прекращение процесса оказания медицинской помощи раненым и больным. Если подобное происходит вследствие вторжения вооруженных лиц, то это несовместимо с обязательством МГП относиться с уважением к медицинскому персоналу и медицинским формированиям. Естественно, что при этом нарушается обязательство относиться с уважением к раненым и больным, если им причинен вред вследствие частичного или полного прекращения процесса оказания медицинской помощи, в которой они нуждаются по медицинским показаниям. Несмотря на ясность формулировок общих обязательств МГП, их необходимо конкретизировать в виде процедур, которым должны следовать государственные вооруженные силы, силы безопасности и негосударственные вооруженные группы, чтобы в случае присутствия вооруженных лиц на территории медицинского формирования на законных основаниях они выполняли свои задачи таким образом, чтобы не чинить необоснованных препятствий работе медицинского персонала и медицинского формирования, а также не причинять необоснованный вред раненым и больным и не лишать их медицинской помощи, в которой те нуждаются¹⁶⁷.

Одной конкретной проблемой, которая часто выходит на первый план в ситуациях с вооруженным вторжением в медико-санитарные учреждения с целью проведения допросов и арестов, являются посягатель-

167 Операции с целью проведения обыска в медико-санитарном учреждении являются одной из основных тем проводимых МККК консультаций с представителями государственных вооруженных сил в рамках проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой», которые завершатся на рабочем совещании военных экспертов в Сиднее в декабре 2013 г.

ства и угрозы расправы в отношении медико-санитарного персонала для получения сведений о разыскиваемых раненых и больных лицах, которые медицинские работники могли получить в процессе оказания медицинской помощи.

По этой проблеме МГП содержит конкретные нормы, предусматривающие запрещение запугивания или любого принуждения в отношении медицинского персонала, действующего в соответствии с принципами врачебной этики, в том числе и по отношению к раненым и больным противоположной стороны конфликта. Запрещается досаждать любому лицу либо наказывать любое лицо, включая медицинский персонал, за оказание медицинской помощи в соответствии с принципами медицинской этики¹⁶⁸. Если понятие «наказывать» предполагает не только уголовно-правовые, но и, например, административные санкции, то понятие «досаждать» трактуется еще более широко и применяется к «любому проявлению раздражения, угрозы или домогательства»¹⁶⁹. Также запрещается принуждать медицинский персонал действовать в нарушение медицинской этики либо заставлять персонал воздерживаться от действий, предписанных медицинской этикой, например, отказывать в медицинской помощи раненому комбатанту или бойцу, потому что он/она принимали непосредственное участие в военных действиях¹⁷⁰.

Термин «медицинская этика» относится к моральным обязанностям профессиональных медицинских работников, которые, как правило, разрабатываются профессиональными медицинскими ассоциациями каждого государства¹⁷¹. На международном уровне Всемирная медицинская ассоциация утвердила конкретные руководящие принципы в сфере профессиональной этики, включая Международный кодекс медицинской этики¹⁷², Женевскую Декларацию, современный вариант клятвы Гиппократова¹⁷³, а также Правила поведения в период вооруженных конфликтов, которые провозглашают неизменность принципов медицинской этики и в период вооруженных конфликтов, и в мирное время¹⁷⁴. Несмотря

168 Сфера действия этого запрета, следовательно, шире и не ограничивается конкретной категорией медицинского персонала, который, согласно МГП, должен быть назначен одной из сторон конфликта исключительно для выполнения медицинских функций, исчерпывающе описанных в положениях МГП. Определение медицинского персонала согласно МГП см. выше в примечании 6. Таким образом, лица, не имеющие соответствующего назначения, также подлежат защите согласно рассматриваемой здесь норме. Данный запрет основан на следующих положениях — ЖК I, ст. 18(3); ДП I, ст. 16(1); ДП II, ст. 10(1); Обычное МГП, норма 26, с. 111–113.

169 Commentary on AP I, Art. 16, p. 200, para. 650; Комментарий к ДП II, ст. 10, с. 162, п. 4691.

170 ДП I, ст. 16(2); ДП I, ст. 10(2); Обычное МГП, норма 26, с. 111–113.

171 Commentary on AP I, Art. 16, p. 200, para. 655.

172 Всемирная медицинская ассоциация (ВМА), Международный кодекс медицинской этики, принят 3-й Генеральной ассамблеей ВМА, Лондон, Англия, 1949 г., и пересмотрен последний раз на 57-й Генеральной Ассамблее ВМА, Пиланесберг, Южная Африка, октябрь 2006 г.

173 ВМА, Женевская декларация, принята 2-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Женева, Швейцария, 1948 г., и пересмотрена последний раз на 173-й сессии Совета ВМА, Дивон-ле-Бен, Франция, 2000 г.

174 ВМА, Правила на время вооруженных конфликтов, документ принят 10-й Ассамблеей

на то, что эти руководящие принципы не приняты государствами и, следовательно, не имеют обязательной силы в соответствии с международным правом, они тем не менее являются важным ориентиром для толкования содержания понятия медицинской этики¹⁷⁵. Аналогично нормам МГП медицинские этические обязанности, по сути, инспирированы всеобъемлющей заботой об интересах раненых и больных. Например, принципы врачебной этики обязывают медицинский персонал стараться наилучшим способом использовать медико-санитарные ресурсы на благо раненых и больных; уважать права и предпочтения раненых и больных, в том числе право на принятие или отказ от лечения и право на конфиденциальность сведений, касающихся их здоровья, если отсутствует реальная и неминуемая угроза причинения вреда пациенту или другим лицам, которая может быть ликвидирована только путем нарушения конфиденциальности; а также не допускать принятия профессиональных решений под воздействием соображений личной выгоды или дискриминации¹⁷⁶. Естественно, что принципы медицинской этики также требуют от медицинского персонала соблюдения норм МГП и МППЧ: например не потворствовать и не содействовать пыткам или другим видам жестокого обращения, а также не участвовать в подобных практиках¹⁷⁷. При наличии существенных пересечений между нормами МГП и принципами медицинской этики последние имеют дополнительную ценность, поскольку содержат руководящие принципы для медицинских работников при принятии сложных решений о приоритетном порядке оказания помощи раненым и больным (сортировка)¹⁷⁸.

Особую проблему представляет защита от принудительного разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, национальным органам власти применительно к информации, которую медицинские работники могли получить от находящихся на их попечении раненых и больных. Эти сведения включают не только медицинскую информацию о раненых и больных, но и такие сведения, как их деятельность, связи, должность или сам факт их существования¹⁷⁹.

По данному вопросу принципы врачебной этики расходятся с положениями МГП. Принципы медицинской этики, по общему правилу, требуют абсолютной конфиденциальности в отношении личности пациента и иных персональных данных, а также в отношении медико-санитарных

Всемирной медицинской ассоциации, Гавана, Куба, 1956 г., и последний раз редактировался на 173-й сессии Совета ВМА, Дивон-ле-Бен, Франция, 2006.

175 Commentary on AP I, Art. 16, p. 201, para. 656.

176 ВМА, Международный кодекс медицинской этики, Обязанности врачей по отношению к пациентам, см. выше примечание 172; Commentary on AP I, Art. 16, pp. 201–202, para. 658.

177 ВМА, Правила на время вооруженных конфликтов, см. выше примечание 174.

178 Например, в Комментариях к ДП I (Commentary on AP I, Art. 10, p. 148, para. 454) приводится пример: перегруженному работой в ходе вооруженного конфликта врачу нужно сделать трудный выбор — в первую очередь оказать помощь тяжелораненому, которому нужна длительная и рискованная операция, либо пожертвовать этим пациентом ради других, чьи шансы на выживание выше.

179 Commentary on AP I, Art. 16, p. 206, para. 682.

сведений, с учетом вышеуказанных дискреционных полномочий персонала при возникновении реальной и непосредственной угрозы для самого больного или окружающих лиц, которая может быть ликвидирована только путем нарушения конфиденциальности¹⁸⁰.

Нормы МГП также, по общему правилу, устанавливают обязанность соблюдать врачебную тайну, однако положения статьи 16(3) ДП I и статьи 10(3) ДП II предусматривают исключения из общего правила, относя к компетенции национального права защиту медико-санитарного персонала от требований раскрывать вышеуказанные сведения органам власти своей страны¹⁸¹. Это может быть чревато далеко идущими последствиями в смысле возможности введения на уровне национального законодательства ограничений, поскольку формулировки этих положений МГП не содержат каких-либо рекомендаций относительно того, каким образом национальные органы законодательной власти должны осуществлять свои дискреционные полномочия. В результате различные национальные правовые системы будут предлагать собственные варианты регулирования этого вопроса¹⁸².

Вместе с тем необходимо иметь в виду, что общие цели и задачи защиты информации, ставшей известной медицинским сотрудникам в процессе их медицинской деятельности, от обязательного раскрытия заключаются в том, что без такой защиты многие раненые и больные предпочтут страдания и смерть оглашению сведений о себе и по этой причине, возможно, не захотят обращаться за помощью в медико-санитарное учреждение. Следует также задуматься о том, чтобы дискреционные полномочия национальных законодательных органов власти в этом вопросе не привели к ситуации, когда обязательное требование о регулярном раскрытии сведений о личности раненых и больных лишит врачебную тайну всякого смысла¹⁸³. Отмечалось, что национальное законодательство не вправе вводить обязанность нарушать минимальные стандарты, установленные общими принципами врачебной этики¹⁸⁴, и один из таких минимальных стандартов содержит требование не совершать действий, способных причинить вред пациенту.

В этой связи положения статьи 16(3) ДП I конкретно указывают для международных вооруженных конфликтов, что медицинский персонал, назначенный органами власти как своей, так и противной стороны, может быть принужден к раскрытию подобных сведений в случае возникновения инфекционных заболеваний. Это условие прямо не упоминается в соответствующем положении статьи 10(3) ДП II, применяемом

180 ВМА, Международный кодекс медицинской этики, Обязанности врачей по отношению к пациентам, см. выше примечание 172.

181 По этому вопросу формулировки двух норм разнятся. В ст. 16(3) ДП I прямо указано на «исключение» в рамках национального законодательства, а в ст. 10(3) ДП II используется формулировка «с учетом национального законодательства».

182 Commentary on AP I, Art. 16(3), p. 207, para. 688.

183 Комментарий к ДП II, ст. 10(3), с. 164, п. 4700.

184 Commentary on AP I, Art. 16(3), p. 208, para. 688.

к международным вооруженным конфликтам, которые регламентируются нормами ДП II, поскольку такого рода исключения, как правило, закрепляются в национальном законодательстве. В данном конкретном случае обязательство о доносительстве может быть обосновано тем, что в случае инфекционных заболеваний коллективный общественный интерес имеет приоритет над индивидуальными интересами пациента¹⁸⁵. В некоторых странах действует требование информировать правоохранительные органы об огнестрельных ранениях для целей уголовного расследования¹⁸⁶.

В то время как по гуманитарным причинам предпочтительнее максимально ограничить объем информации, подлежащей обязательному раскрытию в соответствии с национальным законодательством, в целях сохранения дискреционных полномочий профессиональных медиков в сфере врачебной тайны, там, где дела обстоят иным образом, принципы врачебной этики требуют, чтобы медико-санитарный персонал, как минимум, знал о существовании законодательных предписаний о предоставлении органам власти определенного рода информации. Помимо этого, стандарты профессиональной этики обязывают медицинских работников заранее обдумать эту дилемму и предупредить раненых и больных о том, когда они будут обязаны передать о них информацию¹⁸⁷.

Положения МППЧ в очень общем виде затрагивают исследуемую в этом разделе тему вторжения вооруженных лиц на территорию медико-санитарных учреждений, а именно лишь в контексте неотменяемого обязательства уважать право раненых и больных на получение недискриминационного доступа к медико-санитарным учреждениям, товарам и услугам. Согласно данному обязательству государства должны воздерживаться от прямого или косвенного вмешательства в осуществление этого права¹⁸⁸. К запрещенным видам вмешательства относятся: вооруженные вторжения на территорию медико-санитарных частей, в результате которых частично или полностью прекращается оказание необходимой медицинской помощи раненым и больным; угрозы, преследование или наказание медицинских работников, выполняющих свои исключительно медицинские задачи; а также создание необоснованных препятствий деятельности медико-санитарных учреждений.

Выше уже упоминалось о том, что КЭСКП особо подчеркнул: государства — участники МПЭСКП должны принимать меры для обеспечения соответствия нормам медицинской этики всех медико-санитарных учреж-

185 См. Commentary on AP I, Art. 16(3), p. 208, para. 689; Комментарий к ДП II, ст. 10(3), С. 164, п. 4702.

186 ICRC, *Health Care in Danger: The Responsibilities of Health-Care Personnel Working in Armed Conflicts and Other Emergencies*, 2012, p. 78.

187 ВМА, Правила на время вооруженных конфликтов и других ситуаций с применением насилия, Кодекс профессионального поведения: обязанности врачей при работе в условиях вооруженных конфликтов и других ситуаций насилия, см. выше примечание 174; ICRC, *Health Care in Danger*, см. выше сноску 186, с. 10 и 78.

188 КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, пп. 33 и 43.

дений, товаров и услуг с учетом условий, превалирующих в соответствующем государстве, а врачи и другие работники сферы здравоохранения должны соблюдать требования кодексов профессионального поведения¹⁸⁹. Кроме того, государства обязаны обеспечить соответствующую подготовку медико-санитарных работников, включая их информирование по вопросам права на здоровье и прав человека, поскольку данная обязанность по приоритетности сопоставима с базовым обязательством в контексте права на здоровье¹⁹⁰. Стоит отметить, что таким образом МППЧ обязывает государства не только воздерживаться от определенных действий, компрометирующих принципы медицинской этики, но и принимать активные меры — при наличии надлежащих ресурсов — для гарантированного соблюдения принципов врачебной этики.

Что касается защиты методов лечения в соответствии с требованиями медицинской этики, совершенно ясно, что медицинские сотрудники, отказывающиеся выполнять приказы, согласно которым они должны, например, подвергать людей медицинским процедурам, которые могут быть приравнены к пыткам или другим видам жестокого обращения и которые не обусловлены медицинскими показаниями, не должны нести наказание за свой отказ¹⁹¹. По вопросу врачебной тайны следует отметить, что право человека не быть подвергнутым необоснованному или незаконному вмешательству в его личную жизнь защищает лиц, находящихся под юрисдикцией государства, от ненадлежащего разглашения медицинских и иных персональных данных лицам, не имеющим доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну¹⁹². Таким образом, эти сведения не подлежат раскрытию за исключением случаев, прямо указанных в национальном законодательстве, а меры защиты от «необоснованного» вмешательства дополнительно устанавливают, что даже узаконенное законодательством вмешательство должно соответствовать целям и задачам МППЧ и ограничиваться разумными рамками конкретных обстоятельств дела¹⁹³.

Как правило, подобные требования ведут к созданию мер защиты от раскрытия сведений о раненых и больных, аналогичных мерам защиты, предусмотренным МПП, однако следует дополнительно иметь в виду, что

189 КЭСКОП, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, пп. 12 и 35.

190 Там же, пп. 12 и 44.

191 МППП, ст. 7; Конвенция против пыток, ст. 2(3); Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 20 о запрещении пыток, жестокого обращения или наказания, 3 октября 1992 г., пп. 3, 8 и 13, доступно по адресу: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCCPR%2fGEC%2f6621&Lang=ru.

192 Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 16 — Право на уважение личной и семейной жизни, жилища и корреспонденции, а также на защиту чести и репутации, 4 августа 1988 г., п. 10, доступно по адресу: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCCPR%2fGEC%2f6624&Lang=ru; HRC, Concluding Observations: Portugal, UN Doc. CCPR/CO/78/PRT, 7 May 2003, para. 18; ECtHR, *Z v. Finland*, App. No. 22009/93, Judgment of 25 February 1997, para. 95; ECtHR, *S and Marcher v. United Kingdom*, App. Nos. 30562/04, 30566/04, Grand Chamber Judgment, 4 December 2008.

193 Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 16, см. выше примечание 192, пп. 3–4.

право на неприкосновенность частной жизни, как часть права на неприкосновенность частной жизни, семьи, жилища и корреспонденции по смыслу МППЧ, может быть отменено во время чрезвычайных ситуаций в государстве, в том числе во время вооруженных конфликтов и в чрезвычайных ситуациях, не перешедших в фазу вооруженного конфликта. Однако даже в таких ситуациях требуется надлежащее обоснование не только общего решения о введении режима чрезвычайного положения (включая срок действия режима, его географический и материальный масштаб), но и конкретных мер, основанных на отмене указанных прав¹⁹⁴.

Раненые и больные, медико-санитарный персонал и инфраструктура также подлежат защите от вмешательства третьих лиц в сферу медицинского обслуживания

Согласно МПП, обязательство участвующих в конфликте сторон по защите раненых и больных, медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств означает, что стороны также обязаны гарантировать уважение указанных лиц и объектов третьими лицами и принимать меры по содействию медицинскому персоналу, медицинским формированиям и санитарно-транспортным средствам в выполнении их функций. К ним относятся, например, вывоз раненых и больных с места боя и помещение их в укрытия, а также обеспечение доставки товаров медицинского назначения путем предоставления транспортного средства либо содействие в поставках медицинскому подразделению таких ресурсов, как вода или электричество, которые имеют критически важное значение для его функционирования¹⁹⁵. Раненые и больные, помимо прочего, должны быть защищены от жестокого обращения и хищения их личного имущества¹⁹⁶.

Согласно МППЧ, обязательство государств обеспечить право лиц на доступ к медико-санитарным учреждениям, товарам и услугам без какой-либо дискриминации также означает, что они должны принимать позитивные меры, позволяющие и помогающие людям воспользоваться своим правом на здоровье¹⁹⁷. Кроме того, государства должны принимать надлежащие меры для предотвращения вмешательства третьих лиц в процесс оказания раненым и больным медицинской помощи, включая ограничение третьими лицами доступа к медицинскому обслуживанию¹⁹⁸.

194 Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 29, см. выше примечание 61, пп. 4–5.

195 Commentary on GC I, Arts. 19, 24 and 35, pp. 196, 220 and 280; Commentary on AP I, Arts. 12 and 21, pp. 166 and 250, paras. 518 and 840–842; Комментарий к ДП II, ст. 7, 9 и 11, с. 140, 154 и 170, пп. 4635, 4674 и 4714.

196 ЖК I, ст. 15; ЖК II, ст. 18; ЖК IV, ст. 16; ДП II, ст. 8; Обычное МПП, норма 111, с. 514–517.

197 КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, п. 37; Основные принципы применения силы и огнестрельного оружия должностными лицами по поддержанию правопорядка, принцип 5(с).

198 Ср.: КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, см. выше примечание 29, пп. 33 и 35.

Эмблемы в виде красного креста, красного полумесяца и красного кристалла могут использоваться исключительно для опознавания охраняемого медико-санитарного персонала, помещений, санитарно-транспортных средств и сопутствующего медицинского оборудования или товаров медицинского назначения, разрешенных для использования их в вооруженных конфликтах, либо для указания, что лица или объекты имеют отношение к Движению Красного Креста и Красного Полумесяца. Должны быть приняты все необходимые меры для предотвращения и пресечения неправомерного использования данных эмблем

Согласно МГП, использование защитных эмблем является видимым знаком защиты во время вооруженных конфликтов¹⁹⁹. Использование отличительных эмблем имеет целью показать, что лица или объекты имеют отношение к Движению Красного Креста и Красного Полумесяца²⁰⁰. Если защитная эмблема должна быть легко узнаваемой с как можно более дальнего расстояния и может быть настолько большого размера, насколько это необходимо для гарантированного опознавания²⁰¹, то «во время войны» (так в ЖК I, ст. 44,

199 Уполномоченными пользователями защитных эмблем являются: медицинские службы вооруженных сил и достаточно хорошо организованных вооруженных групп; медицинский персонал и санитарно-транспортные средства национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, должным образом признанные и уполномоченные своими правительствами для содействия медицинской службе вооруженных сил, если они действуют исключительно в тех же целях, что и последняя, и подчиняются военным законам и распоряжениям; гражданские больницы (государственные или частные), которые признаются в качестве таковых органами государственной власти и уполномочены ими открыто использовать эмблемы; на оккупированных территориях и в зонах военных действий лица, занимающиеся оперативным и административным управлением гражданских больниц (а также поиском, вывозом, перевозкой и оказанием медицинской помощи раненым и больным гражданским лицам, инвалидам и роженцам); гражданский медицинский персонал на оккупированных территориях, а также в зоне активных или вероятных боевых действий; гражданские медицинские формирования и санитарно-транспортные средства в соответствии с ДП I, признаваемые компетентными властями и уполномоченные ими открыто использовать эмблемы; другие признанные и уполномоченные добровольные общества по оказанию помощи, к которым применяются такие же условия, как и к национальным обществам Красного Креста и Красного Полумесяца. МККК и Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца вправе использовать эмблему в целях защиты во время вооруженных конфликтов без дополнительных ограничений. См.: ЖК I, ст. 39–44; ЖК II, ст. 22–23, 26–28, 34–37, 39 и 41–44; ДП I, ст. 18(1)(4); ДП II, ст. 12; ДП III, ст. 2.

200 ЖК I, ст. 44; Правила по использованию эмблемы Красного Креста и Красного Полумесяца национальными обществами, последний раз пересматривались в ноябре 1991 г., ст. 1. Уполномоченными пользователями являются: Национальное общество Красного Креста и Красного Полумесяца; а также машины скорой помощи и фельдшерско-акушерских пунктов, принадлежащие третьим лицам, когда им исключительно предписано оказывать бесплатную помощь раненым и больным, в порядке исключительной меры, при условии, что эмблема будет применяться в соответствии с национальным законодательством и что национальное общество Красного Креста и Красного Полумесяца прямо санкционирует ее использование. См.: ЖК I, ст. 44 (2); ЖК I, ст. 44(4). МККК и Международная Федерация Красного Креста и Красного Полумесяца могут использовать эмблему в опознавательных целях без каких-либо ограничений. См.: ЖК I, ст. 44(3).

201 ЖК I, ст. 39–44; ДП I, ст. 18; Правила по использованию эмблемы национальными обществами Красного Креста и Красного Полумесяца, приняты XX Международной конференцией Красного Креста и Красного Полумесяца, Вена, 1965 г., и пересмотрены Советом делегатов, Будапешт, 1991 г., ст. 6.

второй абзац) отличительная эмблема должна быть относительно небольшого размера и не может размещаться на нарукавных повязках или на крышах зданий²⁰².

Необходимо особо подчеркнуть, что защитная эмблема не является определяющим элементом защиты медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств; особую защиту им обеспечивают применимые нормы МГП в связи с исполняемыми ими функциями²⁰³. Не существует обязанности носить или демонстрировать эмблему; по общему правилу ношение эмблемы считается добровольным выбором, несмотря на указание в различных статьях МГП на то, что медицинский персонал, медицинские формирования и санитарно-транспортные средства в целях опознавания «обозначаются эмблемой»²⁰⁴.

Соответственно, если военный командир решит по тактическим соображениям — например в случае если военно-медицинские части или транспортные средства систематически подвергаются нападениям либо в целях сокрытия присутствия или реальной численности вооруженных сил, — что медицинские подразделения или транспортные средствам должны снять или скрыть (замаскировать) отличительные эмблемы, эти действия не лишают медицинские части или транспортные средства защиты, на которую они имеют право в соответствии с нормами МГП²⁰⁵. Вместе с тем совершенно очевидно, что для противоположной стороны конфликта будет сложно определить конкретные объекты, подлежащие охране в качестве медицинских формирований или санитарно-транспортных средств; учитывая возможные сложности с опознаванием, существующие комментарии к Женевской конвенции рекомендуют прибегать к подобному решению только в том случае, когда это абсолютно необходимо, исходя из тактической обстановки на местности²⁰⁶.

Различия в использовании эмблемы для защиты либо опознавания необходимы для того, чтобы избежать путаницы относительно тех, кто вправе носить видимый знак защиты во время вооруженных конфликтов²⁰⁷. Поэтому правила использования эмблемы Красного Креста или Красного Полумесяца национальными обществами устанавливают, что националь-

202 ЖК I, ст. 44(2); Правила по использованию эмблемы, ст. 4, 16.

203 Commentary on AP I, Art. 18, pp. 225 and 228, paras. 746 and 763; Комментарий к ДП II, ст. 12, с. 181, п. 4742; Обычное МГП, норма 30, с. 134–135.

204 ЖК I, ст. 39; ЖК IV, ст. 18(3); ДП I, ст. 18(4); ДП II, ст. 12; однако см. Commentary on GC I, Art. 39, p. 307; Commentary on GC IV, Art. 18, p. 149; Комментарий к ДП II, ст. 12, с. 181, п. 4742.

205 См. Commentary on GC I, Arts. 39, 42 and 44, pp. 307, 320 and 325.

206 См. Commentary on GC I, Art. 42, p. 325. Военная доктрина последовала этой рекомендации. Например, Соглашение 2931 по вопросам стандартизации (STANAG) Организации Североатлантического договора (НАТО) предусматривает, что приказ о маскировке медицинских объектов может быть дан только на определенном уровне военного командования, например на уровне бригады или эквивалентного по статусу формирования. Во-вторых, такой приказ должен носить исключительно временный и локальный характер и должен быть отменен сразу после стабилизации обстановки на данной территории. Ну и наконец, эта возможность не предусмотрена для стационарных, крупных медицинских учреждений.

207 ЖК I, ст. 44(2).

ные общества Красного Креста и Красного Полумесяца должны стремиться, даже в мирное время, принимать необходимые меры для поддержания относительно небольшого размера эмблемы²⁰⁸.

Однако в комментарии к правилам ясно сказано, что это положение носит характер рекомендации и что «использование эмблемы большого размера не исключается в некоторых случаях, например в обстоятельствах, когда необходимо быстро опознать работников, оказывающих первую медико-санитарную помощь»²⁰⁹. В этой связи в «Исследовании МККК функциональных, коммерческих и других непрофильных аспектов, касающихся использования эмблем» содержится рекомендация для медико-санитарных работников (и учреждений), принадлежащих национальным обществам Красного Креста и Красного Полумесяца применять отличительную эмблему большого размера в ситуациях внутренних беспорядков и напряженности, если (а) это может способствовать оказанию медицинской помощи жертвам насилия, и (б) это разрешено или, по крайней мере, не запрещено национальным законодательством²¹⁰.

Все необходимые меры, включая принятие национального законодательства, должны быть приняты компетентными органами в целях предупреждения и пресечения — в любое время — нецелевого использования²¹¹, включая использование поддельных копий²¹², ненадлежащего использования²¹³ или вероломного использования эмблем²¹⁴.

Заключение

Анализ норм МГП и МППЧ, применимых в обстановке нестабильности и насилия, влияющей на беспристрастное оказание медико-санитарной помощи во время вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций, показывает, что в целом эти международно-правовые режимы предлагают адекватные подходы к регулированию различных инцидентов с применением насилия, выявленных в данном контексте.

208 Правила по использованию эмблемы, ст. 4.

209 Commentary on Regulations on the Use of the Emblem, Art. 4.

210 ICRC, *Study on the Use of the Emblems: Operational and Commercial and Other Non-Operational Issues*, Geneva, 2011, pp. 117–121.

211 ЖК I, ст. 54; ДП II, ст. 12; ДП III, ст. 6.

212 Это относится к использованию знака, который, благодаря своей форме и/или цвету, может быть ошибочно принят за эмблему.

213 Это касается использования эмблемы людьми, которые, как правило, имеют на это право, но используют эмблему способом, не совместимым с положениями МГП, регулирующими ее использование; либо это касается использования эмблемы юридическими или физическими лицами, которые не имеют прав на ее использование (коммерческие предприятия, аптеки, частные врачи, НПО, обычные люди и т.д.) или используют ее для целей, не совместимых с основополагающими принципами Движения. Соответствующие договорные положения МГП см. выше, примечание 144.

214 Определение вероломства см. выше, примечание 144.

Действительно, существует значительное сходство между предусмотренными МГП конкретными обязательствами по обеспечению ухода за ранеными и больными, их уважению и защите, а также по уважению и защите медицинского персонала, медицинских формирований и санитарно-транспортных средств, и неотменяемыми обязательствами в рамках МППЧ, в частности обязательствами, соответствующими праву на здоровье и праву на жизнь, применимыми в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций. Нормы МГП и МППЧ, дополняя друг друга, предоставляют полезную основу для урегулирования ряда конкретных косвенных последствий общей нестабильности и отдельных актов насилия, оказывающих негативное влияние на процесс оказания беспристрастной медико-санитарной помощи в условиях вооруженных конфликтов, таких, например, как острый дефицит медицинских кадров, вызванный их массовым отъездом из страны, либо частичное или полное прекращение реализации жизненно важных медико-санитарных программ, при условии, что способность государства принимать долгосрочные меры для обеспечения доступного и качественного медицинского обслуживания не подорвана активными боевыми действиями, например в спокойных условиях длительной оккупации.

Учитывая, что оба международно-правовых режима предлагают комплексные подходы для решения указанных проблем, следует направить усилия не столько на разработку новых международных правовых норм, сколько на совершенствование механизмов имплементации уже существующих правил. В этой связи возникает необходимость в создании либо совершенствовании уже существующих национальных нормативно-правовых актов, мер политики и оперативной практики, а также механизмов обмена передовым опытом в этой области. Например, органам государственной власти следует не только ужесточить на национальном уровне уголовно-правовое преследование лиц, совершающих нападения и другие действия с применением насилия в отношении медицинских работников, но и предусмотреть превентивные оперативные механизмы защиты медицинского персонала от угроз, которые бы основывались на отечественных системах сбора информации об угрозах и актах насилия в отношении медицинских работников²¹⁵. Еще одна проблема, требующая совершенствования законодательства на национальном уровне, касается обеспечения надлежащего баланса между защитой дискреционных полномочий медико-санитарного персонала в отношении врачебной тайны и юридической обязанностью раскрывать информацию о раненых и больных. Установленная национальным законодательством обязанность медико-санитарного персонала направлять сведения о раненых и больных в органы государственной власти должна ограничиваться ситуациями,

215 Пример надлежащей практики в этой области см.: Colombia, Resolución No. 4481, 28 December 2012 г., 'Por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su Emblema', section 2.2.

когда коллективные интересы общества, например в сфере общественного здравоохранения, обоснованно превалируют над индивидуальным правом пациента на сохранение конфиденциальности его/ее персональной информации. В любом случае указанная обязанность не должна в дальнейшем способствовать причинению вреда пациенту. Необходимо также пересмотреть излишне широкие формулировки правонарушений против общественного порядка, например в рамках национальных законов о противодействии терроризму, которые, по сути, криминализируют сам факт оказания медицинской помощи определенной части населения. Сфера применения национальных нормативно-правовых актов имеет чрезвычайно важное значение, поскольку должна распространяться на все объекты здравоохранения, включая учреждения, оказывающие медико-санитарную помощь местным сообществам, а также обеспечивать посредством указанных нормативно-правовых актов надлежащее регулирование в условиях нестабильности и насилия, спровоцированных вооруженными конфликтами и другими чрезвычайными ситуациями. Что касается опознавательных знаков, здесь важно надлежащим образом предотвращать и пресекать злоупотребление эмблемами; одним из обязательных условий в этой области является принятие национального нормативно-правового акта, который бы утвердил перечень государственных органов, уполномоченных выдавать необходимые разрешения на использование эмблемы.

Совершенствование механизмов имплементации существующих международно-правовых обязательств также требует уделить внимание военной доктрине и практике, например пересмотру военных руководств и стандартных операционных процедур для предотвращения необоснованных задержек и запретов передвижения санитарно-транспортных средств либо вооруженных вторжений в медико-санитарные учреждения, которые необоснованно провоцируют частичное или полное прекращение оказания медицинской помощи раненым и больным. Помимо этого, военные доктрины и практика учитывать и уважать предусмотренные МГП обязательства по применению принципа предосторожности в отношении беспристрастного медико-санитарного обслуживания.

Несмотря на значительное сходство положений МГП и МППЧ, существует одно фундаментальное различие между этими правовыми режимами, а именно разногласия по поводу применимости норм МППЧ к негосударственным вооруженным группам. Маловероятно, что этот спор может быть разрешен посредством достижения более широкого консенсуса в вопросе применения МППЧ в качестве правовой основы к негосударственным вооруженным группам, что в значительной степени объясняется политической деликатностью проблемы для ряда государств, поскольку такое решение будет означать политическое признание этих субъектов и их законную власть над собственной территорией. Тем не менее негосударственные вооруженные группы также должны привлекаться к мерам по укреплению уважительного отношения к

беспристрастному медико-санитарному обслуживанию, поскольку они имеют непосредственное отношение к проблеме нестабильности и инцидентам с применением насилия в отношении медицинского персонала, медицинских формирований и санитарного транспорта, и их позиции должны учитываться при разработке решений. Эти усилия следует предпринимать таким образом, чтобы не утратить поддержку государств. Там, где правовой диалог с негосударственными вооруженными группами возможен, он должен вестись в формате, учитывающем их специфику. Это отнюдь не новый вызов — МККК, например, уже давно взаимодействует с негосударственными вооруженными группами по вопросам МПП²¹⁶.

Не менее значимым является поведение самих медико-санитарных работников, так как их доступ к раненым и больным во многом зависит от признания их работы всеми находящимися в конфликте сторонами, активными участниками других чрезвычайных ситуаций, и местными сообществами. В этих условиях они должны неукоснительно соблюдать соответствующие нормы МПП и МППЧ, а также стандарты врачебной этики, которые в значительной мере пересекаются с положениями МПП и МППЧ, особенно в части фундаментальной обязанности по оказанию медицинской помощи беспристрастно и без какой-либо дискриминации. Следует особо отметить, что они должны заниматься исключительно медицинской деятельностью, поскольку, будучи вовлечены в военные операции участвующих в конфликте сторон или в инциденты с применением насилия, спровоцированные одним из противоборствующих акторов в других чрезвычайных ситуациях, они могут лишиться права на защиту и поставить под угрозу безопасность и защищенность коллег, а также раненых и больных, которым они обеспечивают уход. По этой причине для медицинских работников принципиальное значение имеет знание международно-правовых актов, касающихся их профессиональной деятельности, и информация о всевозможных этических дилеммах до того, как они возникнут во время их работы в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций. Трудно переоценить необходимость целенаправленной подготовки медико-санитарного персонала по применению норм МПП и МППЧ, а также решению этических дилемм, с которыми они могут столкнуться в ходе работы. Одной из таких дилемм, например, является поиск приемлемого баланса между собственной безопасностью и необходимостью оказания экстренной медико-санитарной помощи, особенно в условиях незаконных и умышленных обстрелов медицинских работников, находящихся на поле боя после ранее проведенной атаки, и эту дилемму следует решать путем адаптации существующих процедур обеспечения безопасности к нуждам служб экстренного реагирования.

216 Конкретные проблемы обеспечения соблюдения положений МПП негосударственными вооруженными группами, являющимися стороной в конфликте см., например: ICRC, *Increasing Respect for International Humanitarian Law in Non-International Armed Conflicts*, 2008.

Семинары экспертов, организованные в рамках проекта «Оказание медицинской помощи под угрозой», остаются площадкой для обсуждения этих и других проблем и для выработки возможных рекомендаций. Однако в конечном итоге успех этого проекта и прочих усилий по укреплению уважительного отношения к лицам, оказывающим беспристрастную медико-санитарную помощь в условиях вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций, будет зависеть от того, насколько подобные улучшения смогут в реальной обстановке оценить раненые, больные и медико-санитарный персонал.