



ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОТОВНОСТИ К ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РЕАГИРОВАНИЕ НА НИХ

Опыт, полученный в период пандемии COVID-19

+CIFRC

Disaster Law

© Международная Федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Женева, 2023 г.

Любая часть данной публикации может быть процитирована, скопирована, переведена на другие языки или адаптирована для удовлетворения местных потребностей без предварительного разрешения Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца при условии однозначного указания источника.

Фото на обложке: © Italian Red Cross

Контакты:

Запросы на коммерческое воспроизведение следует направлять в Секретариат МФОККиКП:

Адрес: Chemin des Crêts 17, Petit-Saconnex, 1209 Geneva, Switzerland

Шоссе Крэ, 17, Пти-Саконне, 1209 Женева, Швейцария

T +41 (0)22 730 42 22 | **F** +41 (0)22 730 42 00 | **E** secretariat@ifrc.org | **W** ifrc.org

Законодательство и обеспечение готовности
к чрезвычайным ситуациям в области общественного
здравоохранения и реагирование на них

Опыт, полученный в период пандемии COVID-19

СОДЕРЖАНИЕ

Благодарности	8
О Программе МФОККиКП по Закону о бедствиях	11
Предисловие	13
Аббревиатуры и акронимы	14
Терминология	15
Основные положения	19
Часть А Введение	19
Часть В Правовая и институциональная структура для ЧСЗ	20
Часть С Роль законодательства в смягчении вторичного воздействия ЧСЗ и последствий для уязвимых групп	27
Часть D Юридические возможности для гуманитарных организаций и других групп быстрого реагирования	32
Рекомендации	35
Международные медико-санитарные правила	35
Национальные правовые и институциональные структуры для ЧСЗ	36
Исключительные положения	38
Роль законодательства в смягчении вторичного воздействия ЧСЗ и воздействия на уязвимые группы	42
Юридические возможности для гуманитарных организаций	45
Часть А Введение	46
1. История и контекст	47
1.1. Закон и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения	47
1.2. Методология	49
1.3. Структура отчета	52
1.4. Рекомендации и дополнительные руководящие указания	53
2. Чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения	55
2.1. Определения чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения	55
2.2. Вспышки, эпидемии и пандемии	56
2.3. Биотерроризм	58
2.4. Медленно наступающие и другие риски для здоровья населения	58

3.	Глобальные правовые и институциональные структуры	61
3.1.	Введение	61
3.2.	Глобальный контекст	61
3.2.1.	<i>Цели в области устойчивого развития</i>	61
3.2.2.	<i>Глобальная повестка дня в области безопасности здоровья</i>	62
3.2.3.	<i>Сендайская рамочная программа и Бангкокские принципы</i>	63
3.2.4.	<i>33-я Международная конференция Красного Креста и Красного Полумесяца</i>	64
3.2.5.	<i>Особые меры по борьбе с COVID-19</i>	65
3.2.6.	<i>Региональные механизмы</i>	66
3.3.	Международные медико-санитарные правила 2005 года	67
3.3.1.	<i>Разработка Международных медико-санитарных правил</i>	67
3.3.2.	<i>Обязанности ВОЗ в рамках ММСП</i>	67
3.3.3.	<i>Обязанности Государства в рамках ММСП</i>	69
3.3.4.	<i>Обзоры ММСП</i>	70
3.3.5.	<i>Инициативы ВОЗ по содействию имплементации на национальном уровне</i>	71
3.4.	Влияние мmsp на национальные структуры для ЧСЗ	73
3.4.1.	<i>Основные возможности</i>	73
3.4.2.	<i>Мониторинг и оценка</i>	74
3.4.3.	<i>Участие в процедурах оценки</i>	75
3.4.4.	<i>Действия после проведения оценки</i>	76
3.4.5.	<i>Прозрачность законодательства о ЧСЗ</i>	77
3.4.6.	<i>Способность имплементировать основные возможности ММСП</i>	78
3.4.7.	<i>Уведомление и раннее оповещение</i>	78
4.	Национальная правовая и институциональная основа для реагирования на ЧСЗ	81
4.1.	Вступление	81
4.2.	Интеграция	83
4.2.1.	<i>Бангкокские принципы и интеграция</i>	83
4.2.2.	<i>Структуры, основанные на нормах о ЧСЗ</i>	83
4.2.3.	<i>Гибридные или комбинированные структуры</i>	84
4.2.4.	<i>Структуры, основанные на нормах об УРБ</i>	84
4.2.5.	<i>Текущая интеграция</i>	85
4.2.6.	<i>Перспективы интеграции</i>	85
4.3.	Полномочия по управлению ЧСЗ в национальном законодательстве	87
4.3.1.	<i>Управляемые риски для здоровья населения</i>	87
4.3.2.	<i>Вторичные ЧСЗ</i>	88
4.3.3.	<i>Этапы управления рисками ЧСЗ</i>	89
4.4.	Координация и руководство	92
4.4.1.	<i>Координация</i>	92
4.4.2.	<i>Лидерство и основные полномочия</i>	94

4.5.	Участие и представительство	96
4.5.1.	<i>Введение</i>	96
4.5.2.	<i>Общегосударственный подход</i>	96
4.5.3.	<i>Общесоциальный подход</i>	97
4.5.4.	<i>Субъекты программы «Единое здоровье» и сотрудничества в целях развития</i>	98
4.5.5.	<i>Лица, осуществляющие уход</i>	98
4.5.6.	<i>Национальные общества КК и КП и прочие гуманитарные организации</i>	99
4.5.7.	<i>Школы</i>	100
4.5.8.	<i>Финансовый сектор</i>	100
4.5.9.	<i>Производители и поставщики товаров и оборудования первой необходимости</i>	100
4.5.10.	<i>Представительство</i>	102
4.6.	Обеспечение готовности к ЧСЗ: планирование на случай непредвиденных обстоятельств	104
4.7.	Понимание предмета и анализ полученного опыта	105
5.	Исключительные положения и чрезвычайные полномочия при ЧСЗ	108
5.1.	Введение	108
5.2.	Источник и характер исключительных положений и чрезвычайных полномочий	110
5.3.	Право вводить исключительное положение	112
5.4.	Основания и момент введения исключительного положения и чрезвычайных полномочий	114
5.5.	Характер чрезвычайных полномочий и мер	116
5.6.	Влияние исключительных положений и чрезвычайных мер на соблюдение прав человека	117
5.7.	Гарантии защиты и надзор в период действия исключительного положения	119
5.7.1.	<i>Законодательный надзор</i>	119
5.7.2.	<i>Судебный надзор</i>	120
5.7.3.	<i>Прозрачность</i>	121

Часть С Роль законодательства в смягчении вторичного воздействия ЧСЗ и последствий для уязвимых групп

122

6.	Воздействие ЧСЗ на мобильность и миграцию населения	123
6.1.	Общая мобильность населения	123
6.2.	Закрытие границ	124
6.3.	Беженцы и просители убежища	126
7.	Убежища и жилье	128
7.1.	Вступление	128
7.2.	Бездомность и бездомные	128
7.3.	Потеря жилья	129
8.	Защита уязвимых групп населения	131
8.1.	Уязвимость при чрезвычайных ситуациях в сфере общественного здравоохранения	131
8.2.	Люди, подверженные риску заболевания	132
8.3.	Пожилые люди и люди с ограниченными возможностями или сопутствующими заболеваниями	133

8.4.	Обеспечение расширенного доступа к медицинским услугам	135
8.5.	Люди, подверженные экономическим и финансовым рискам	136
8.6.	Защита лиц, подверженных риску насилия	137
8.7.	Учащиеся школ	139
8.8.	Мигранты и маргинализованные расово-этнические группы	140
8.8.1.	<i>Мигранты</i>	140
8.8.2.	<i>Маргинализованные расовые и этнические группы</i>	143

Часть D Юридические возможности для гуманитарных организаций **144**

9.	Юридические возможности для гуманитарных организаций	145
9.1.	Введение	145
9.2.	Юридические возможности	145
9.3.	Влияние ограничений, введенных из-за COVID-19	147
9.3.1.	<i>Ограничения на внутреннее передвижение и работу коммерческих предприятий</i>	147
9.3.2.	<i>Закрытие границ и/или ограничения на въезд</i>	149
9.3.3.	<i>Профессиональная квалификация</i>	151
9.3.4.	<i>Ограничения на импорт или экспорт товаров и оборудования</i>	151
9.3.5.	<i>Налоги и тарифы</i>	153
Приложение 1	вопросы по картированию чрезвычайных декретов	154
Приложение 2	вопросы по картированию чрезвычайных ситуаций в сфере общественного здравоохранения	155
Концевые сноски		159

БЛАГОДАРНОСТИ

Данный отчет подготовлен по заказу Программы МФОККиКП по Закону о бедствиях. Ведущий автор отчета — Саймон Уитборн, представитель компании Knightwood Legal. Техническое консультирование, рецензирование и редактирование осуществляли руководители Проекта МФОККиКП Изабель Грейнджер (координатор МФОККиКП по вопросам правовой адвокации) и Рейчел Маклеод (старший сотрудник программы МФОККиКП по Закону о бедствиях).

Выражаем благодарность представителям МФОККиКП и партнерских организаций за рецензирование отчета и предоставление компетентных комментариев в соответствующих технических областях. В их числе — Джулио Бартолини, Хью Бейнон, Ирия Тузон Калле, Гвендолен Имер, Габриэль Эмери, Дэвид Фишер, Риа Хидаджат, Раджив Иссар, Санни Джегильос, Ребека Муньоз, Надя Мунстерман, Амджад Салем, Майя Шерер, Шаронья Сехар, Жанике Серрадиньо, Эзекиэль Симперингем и Софи Тейсер.

Данный отчет основан на результатах картирования на страновом уровне, проведенного юристами и правоведами компании Allens Linklaters, Британского общества Красного Креста, МФОККиКП, а также компании White & Case. МФОККиКП выражает искреннюю благодарность всем юристам и правоведам за их работу, без которой было бы невозможно подготовить данный отчет. Все юристы и правоведа, принимавшие участие в картировании на страновом уровне, перечислены на следующих страницах. Данный отчет также основан на обзоре доступной литературы, подготовленном Мишель Форзли при содействии Лорен Макги, Мэтью Шевлина и Джобина Джорджа.

МФОККиКП выражает благодарность и признательность Британскому обществу Красного Креста, а также Федеральному министерству экономического сотрудничества и развития Германии за финансовую поддержку в подготовке данного отчета.



Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development

Allens Linklaters

David Donnelly
Emma Warren
Tessie Chang
Thanushar Sridaran
Tom Bleby

British Red Cross

Carlos Orjuela
Claudia Maritano
Daniel Grütters
Emilie Fitzsimons
Francesco Romani
Hannah Maley
Michael Meyer
Noel Trew
Rashmin Sagoo
Sarah Thompson
Silvia Scozia
Simon Whitbourn

IFRC

Carmen Beltrán
Jessie Jordan
Luis Diego Castro
María Martínez
Meiapo Faasau
Rebeca Muñoz
Sophie Teyssier
Stella Ngugi
Tania Chambers

LEAD Institute**University of Canterbury**

Finau Leveni
John Hopkins
Laura Braid
Sulaiman Sarwary
Talia Siataga

White & Case

Abdulrahman Alkhudairy
Ada Wang
Adam Gao
Adriana Zhan
Alec Johnson
Aleksandra Orzel
Aleksandra Stadnik
Allain Andry

Chloe Do
Christian Orton
Claudia Hasbun
Connie Ng
Connor Fuchs
Connor Gray
Constantin Teetzmann
Constantinos Droussiotis
Cristian Pleters
Daisy Wetherill
Dana Yeon
Daniel Hannuna
Daniel Shults
Daniel Yeh
Daniela Huerta Garcia
David Pezza
David Smith
David Stanek
Debashis Dey
Deborah Victoria
Deema Abini
Dionne Boahene
Doug Peel
Eduardo Barrachina
Ee Lynn Tan
Einat Goldstein
Elaf Al-Wohaibi
Elena Ruggiu
Elien Claeys
Elizabeth Massaro
Emily Lipka
Emily Thomson
Eojin Lie
Estelle Philippi
Esther So
Evan Rahn
Fabienne Vermeeren
Felix Mueller
Fergus Langstaff
Francisco Garcia Naranjo
Fraser Galloway
Gabriel Itagiba
Gabiella Richmond
Ghazi Kayal
Ghislaino Kamdo
Greg Pospodinis
Gretel Martinez
Hanna Hedayati
Carlos Viana

Jingbo Hou
Jingjia Zhang
John Anderson
John Hannon
Joseph Fox-Davies
Joshua Berman
Joshua Butler
Joshua Cohen
Jowita Mieszkowska
Juan-Ignacio Lopez-Dominguez
Julieta Monteroni
Kameron Townsend
Kamilla Azamat
Kate Curran
Kate Gillett
Katy Lau
Katya Hartl
Kerri Spennicchia
Khawla Alatiyat
Kit Goodfellow
Kristina Klykova
Kristo Molina
Laura-Rose Lynch
Leia Andrew
Logan Quinn
Lowrie Robertson
Luka Kristovic
Lukas Kralovic
Mahir Maini
Manal Sanai
Manu Thadikkaran
Marco Stephan
Marcus Booth
Marcus Dashper
Maria Beguiristain
Maria Vanegas
Maria Yoo
Mariana Otto-Schoener
Mariel Martinez-Zarate
Mariele Coulet-Diaz
Marika Fain
Mario Barka
Marius Benedikt Gass
Mark Gustafson
Mark Powell
Martin Hrachovina
Martin Melicher
Martina Castren
Jakub Zelazny

Pedro Jose Izquierdo
Philip Vavalidis
Pranav Subhedar
Rafael Llano
Raffaele Turco
Rayan Al Harbi
Rebecca Hughes
Reem Albakr
Reilly Gaertner
Rekha Ajoodha
Reuben McGregor-Sumpter
Richard Lloyd
Rick Greene
Robbie Powell
Rodrigo Dominguez
Ronald Gorsich
Sandra Huerta
Sarah Hudson
Sarah Kouchad
Scott Levi
Sean Goldstein
Sherief Rashed
Simon O'Connell-Schizas
Stacey Shen
Stefan Lyman
Steve Sha
Steven Gee
Steven Worthington
Strati Sakellariou-Witt
Suzanne Knijnenburg
Suzanne Perry
Tatiana Roldan Ferri
Thomas Harper
Thomas Jacques
Thomas Pate
Timo Airsto
Todd Wolynski
Tolu Obamuroh
Tomas Scerba
Tommi Kolehmainen
Valerie Menard
Vanessa Schuermann
Victoria Rodriguez De Anda
Waad Alkurini
Wilbert Luna Arellanes
William Fong
William Watson
Xuan Jin
Nashel Jung

Allyson Reynolds	Catherine Yoon	Jan Voborsky	Natalie So
Amanda Wong	Charbel Abou Charaf	Jana Filarska	Nawaaf Alawaad
Amira Ahmad	Charlotte Deans	Jeannine Acevedo	Nettie Choo
Amy Donehower	Chloe Bouffard	Jennifer Djavaherian	Nezar Al Abbas
Anastasia Sheyndlina	He Chen	Jennifer Hedges	Nina Yu
Andrea Rodriguez	Helena Buitrago	Jeremy Elman	Nirangjan Nagarajah
Anna Corderoy	Henry Carlson	Jessica Marroquin	Oji Adoh
Anna Rawlence	Hermes Ferreras	Jessica Zhou	Olaolu Akerele
Anne Sauvebois-Brunel	Hugh Brunjes	Jia Ying	Oliver Dean
Anne Sophie Oberreiner	Hugo J. S. Schwarz Leite	Matt Solomon	Opeyemi Longe
Anu Alamutu	Husam Azhar	Matthew De Bari	Paul McCullough
Astrid Desmonda	Ian Wallace	Matthew Kabak	Paul Tang
Beatriz Barros	Ibrahim Bakhurji	Matthew Secomb	Paula Melendez
Bethanie Abrahams	Iman Algubari	Micaela Heery-Hyatt	Paulo Maza Moreno
Betty Zhang	Ingrid Wijnmalen	Michal Palisin	Yasser Riad
Bianca McDonnell	Ingrid York	Mikaela Nikolausson	Yi Ying
Bill Webb	Isabella Bellera Landa	Min Pang	Yokubjon Isakov
Brian Fetterolf	Ivan Paskal	Miriam Gyun-Mie Meixner	Youssef Fathy
Bruna Ribeiro	Jacob Schtevie	Mizuho Yamada	Yuning Zhou
Caitlin Powell Gimpel	Jacquelyn MacLennan	Mizuki Hyuga	Yuran Cui
Camille Mendoza Soto	Jahnavi Mitra	Monika Sedlackova	Zach Heffernen

О ПРОГРАММЕ МФОККИКП ПО ЗАКОНУ О БЕДСТВИЯХ

Программа МФОККИКП по Закону о бедствиях и Национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца в течение 20 лет предоставляют правительствам технические консультации по укреплению государственного управления рисками бедствий посредством использования законодательных и политических инструментов, а также по наращиванию потенциала местных заинтересованных сторон в сфере Закона о бедствиях. На сегодняшний день свыше 40 стран получили нашу поддержку в укреплении национального законодательства о бедствиях. Также мы провели мероприятия на эту тему в более чем 90 странах.

Программа МФОККИКП по Закону о бедствиях также лидирует в проведении исследований и разработке инновационных руководств по передовой практике на уровне отдельных стран. В рамках программы были подготовлены четыре основных руководящих документа:

- Руководство по внутригосударственному содействию и регулированию международной помощи при бедствиях и помощи в проведении первичных восстановительных работ (Руководство по МПРБ);
- Контрольный список для законодательства и снижения риска бедствий (Контрольный список для СРБ);
- Контрольный список для законодательства, подготовки к бедствиям и реагированию на них (Контрольный список для ГРБ);
- Руководство по законодательству и обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения и реагированию на них (пилотная версия).

Первые три руководящих документа были одобрены государствами-участниками Женевских конвенций и Национальными обществами Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца в резолюциях, принятых на Международной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца. Они используются заинтересованными субъектами в качестве ориентира при проведении оценки и укреплении национального законодательства о бедствиях. Программа МФОККИКП по Закону о бедствиях также разработала многочисленные практические инструменты для содействия укреплению национальной правовой базы.

Реализация Программы МФОККИКП по Закону о бедствиях стала возможной благодаря существенной поддержке со стороны партнеров, в число которых входят научные учреждения, юридические компании, государственные органы и Национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца. Если вы хотите поддержать реализацию данной программы, направьте нам письмо по адресу: disaster.law@ifrc.org.

Дополнительная информация о программе доступна по ссылке: disasterlaw.ifrc.org.

Йемен, 2020 г. Финский физиотерапевт Саара в полной защитной экипировке проводит физиотерапию пациенту с COVID-19. Реабилитация пациента требует, чтобы Саара находилась в тесном контакте с пациентом, поэтому крайне важно обеспечить ее всеми необходимыми средствами защиты.

© МФОККиКП / Анетт Сельмер-Андресен



ПРЕДИСЛОВИЕ

Все люди ощутили на себе последствия COVID-19, однако эффект от этого заболевания для каждого был разным. В период этого кризиса проявилось глубокое и устойчивое неравенство: как в отношении тех, кто наиболее подвержен риску заболевания, так и в мерах реагирования, применявшихся в разных странах мира. Возможно, тогда мы не могли предугадать масштабы надвигающейся чрезвычайной ситуации, но мы должны были лучше подготовиться к ней. Чему нас научила пандемия COVID-19, так это тому, насколько важно быть подготовленными и отводить центральную роль правовым и политическим инструментам в борьбе с чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения и в защите сообществ.



При реагировании на пандемию наиболее уязвимые группы населения зачастую не получали должного доступа к услугам здравоохранения, а также к информации, финансовой поддержке и прочим базовым услугам из-за формальных и неформальных барьеров. Кроме того, ограничения, введенные для сдерживания распространения COVID-19, не позволяли некоторым национальным обществам Красного Креста и Красного Полумесяца, их сотрудникам и волонтерам в полной мере выполнять свои функции в качестве служб экстренного реагирования на все виды бедствий и чрезвычайных ситуаций, а также оказывать медико-санитарную и социальную помощь на уровне сообществ.

Правовые и политические инструменты лежат в основе всех аспектов реагирования на пандемию COVID-19 — от беспрецедентных ограничений свободы передвижения и собраний в начале пандемии до ускоренного одобрения вакцин в более поздний период. В качестве мер реагирования на пандемию страны всего мира вводили режим чрезвычайного положения или ситуации бедствия, принимая множество соответствующих нормативных актов и приводя в действие ранее принятые законы, механизмы и планы на случай непредвиденных обстоятельств. Вместе с тем показатели успешности применения правовых и политических инструментов в борьбе с пандемией существенно различались. В некоторых случаях действующие законы и механизмы оказались устаревшими или бесполезными, что вызвало необходимость ускоренной разработки новых инструментов.

Согласно данному отчету, Программа МФОККиКП по Закону о бедствиях базируется на 20-летнем опыте проведения передовых исследований и предоставления технических консультаций правительствам стран с упором на разработку национального законодательства и страновых инструментов для чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. Особое внимание уделяется опыту реагирования на пандемию COVID-19. Данный отчет основан на сравнительном страновом исследовании и содержит общие рекомендации по созданию прочной и эффективной национальной правовой базы для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения и реагирования на них.

Когда правительства стран мира справятся с нынешним кризисом, многие государства захотят использовать опыт реагирования на пандемию COVID-19 при пересмотре и укреплении национальной правовой базы в сфере управления рисками бедствий, включая чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Данный отчет и прилагаемый к нему документ «Руководство по законодательству и обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения и реагированию на них» станут ценным источником информации для правительств, приступающих к такой работе.

МФОККиКП и ее сеть Национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца готовы работать в тесном сотрудничестве с правительствами стран, чтобы реализовать усилия по предотвращению бедствий и уменьшению их последствий, а также защитить наиболее уязвимые группы населения в период кризиса.

Джаган Чапагейн

Генеральный секретарь

АББРЕВИАТУРЫ И АКРОНИМЫ

СПБЛЧС	Соглашение АСЕАН о преодолении бедствий и ликвидации чрезвычайных ситуаций
УПП	Устойчивость к противомикробным препаратам
АСЕАН	Ассоциация государств Юго-Восточной Азии
КАВОЗ	Карибское агентство по вопросам общественного здравоохранения
КАУБЧС	Карибское агентство по управлению бедствиями и чрезвычайными ситуациями
СЭРБКБ	Соглашение об экстренном реагировании на бедствия в Карибском бассейне
COVID-19	Коронавирусная инфекция 2019 года (COVID-19)
УБ	Управление бедствиями
ГРБ	Готовность к бедствиям и реагирование на них
Отчет о ГРБ	Законодательство и обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям в сфере общественного здравоохранения и реагирование на них: многострановой сводный отчет (МФОКК и КП, 2019 г.)
ГУРБ	Государственное управление рисками бедствий
УРБ	Управление рисками бедствий
СРБ	Снижение риска бедствий
Отчет по СРБ	Действующий закон и регламент в отношении снижения риска бедствий: многострановой отчет (МФОКК и КП и ПРООН, 2014 г.)
ЕС	Европейский союз
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
МПГПП	Международный пакт о гражданских и политических правах
МККК	Международный Комитет Красного Креста
МЗРБ	Международное законодательство о реагировании на бедствия
МФОКК и КП	Международная федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца
Сеть МФОКК и КП	МФОКК и КП и 192 Национальных общества Красного Креста и Красного Полумесяца
ММСП	Международные медико-санитарные правила 2005 года
ИМО	Международная морская организация
МОМ	Международная организация по миграции
ОАГ	Организация американских государств
УВКПЧ	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека
МРГОС	Межправительственная рабочая группа экспертов открытого состава по показателям и терминологии, касающимся снижения риска бедствий
ЧСЗ	Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения
ЧСЗМЗ	Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение
Международное движение КК и КП	Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца
СГН	Сексуальное и гендерное насилие
ЧП	Чрезвычайное положение
ПРООН	Программа развития ООН
УСРБ ООН	Управление ООН по снижению риска бедствий (ранее — МСУОБ ООН)
ВСГ	Водоснабжение, санитария и гигиена
ВБ	Всемирный банк
ВЭФ	Всемирный экономический форум
ВПП	Всемирная продовольственная программа
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

ТЕРМИНОЛОГИЯ

COVID-19 — инфекционное заболевание, вызываемое коронавирусом SARS-CoV-2. Это заболевание также называют **коронавирусной инфекцией**. Эти термины обычно используются как синонимы для описания вируса, заболевания и последующей пандемии. В данном отчете используются термины **«COVID-19»** и **«Пандемия COVID-19»**.

Бедствие — это серьезное нарушение функционирования сообщества или общества в любом масштабе вследствие опасных событий, зависящее от степени подверженности, уязвимости и потенциала и приводящее к одному или нескольким из перечисленных последствий: человеческие жертвы, материальный, финансовый и экологический ущерб.¹ Если вышеуказанное определение «бедствия» предполагает ЧСЗ, то с юридической стороны в ряде государств термин «бедствие» либо не включает ЧСЗ, либо неоднозначен в части включения ЧСЗ.

Риск бедствия предполагает человеческие жертвы, травмы, уничтожение или повреждение активов, которые могут произойти в системе, обществе или сообществе в конкретный период времени. Он определяется вероятностным методом в зависимости от наличия ресурсов и масштаба опасности, степени подверженности и уязвимости.²

Управление бедствиями (УБ) — это организация, планирование и применение мер по подготовке к бедствиям, реагированию на них и восстановлению после них.³

Управление рисками бедствий (УРБ) — это применение политик, стратегий и других мер для предотвращения новых рисков бедствий, снижения существующего риска бедствий и управления остаточным риском (посредством обеспечения готовности к бедствиям, реагирования на них и восстановления после них) с целью повышения устойчивости и уменьшения ущерба от них.⁴ УРБ обычно включает понятие УБ. Поэтому в данном отчете под структурами УРБ следует понимать структуры УБ.

Снижение риска бедствий направлено на предотвращение новых и снижение существующих рисков бедствий, а также управление остаточными рисками, — все это способствует повышению устойчивости и, следовательно, достижению устойчивого развития.⁵

Картирование чрезвычайных декретов относится к камеральному исследованию на уровне страны, заказанному в начале Пандемии COVID-19 Программой закона о бедствиях МФОКК и КП, с последующей целью составить карту правовых инструментов (законов, постановлений, приказов, указов и т. д.), которые применяются Государствами для немедленного реагирования на вспышки пандемии, в том числе для введения ограничений на поездки, комендантских часов и т. д. Картирование, в частности, было необходимо Международному движению Красного Креста и Красного Полумесяца для решения операционных проблем, которые возникли из-за ограничений, связанных с COVID-19, и смягчения их последствий для операций групп экстренного реагирования. Основное внимание в исследовании уделялось координации действий между различными субъектами, типам ограничений, вводимых для сдерживания распространения COVID-19, и юридическим возможностям для гуманитарных организаций, в том числе для Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца. Результаты Картирования чрезвычайных декретов доступны на веб-сайте [Программы закона о бедствиях МФОКК и КП](#).

Согласно определению ВОЗ, **эпидемия** — это «возникновение в местности или регионе случаев заболевания, специфического отношения населения к своему здоровью или других связанных со здравоохранением событий, которые явно выходят за пределы нормы. Данные о местности или регионе и периоде времени, где и когда произошли такие случаи, фиксируются тщательнейшим образом. Число случаев, указывающих на эпидемию, варьируется в зависимости от агента, численности и категории населения, подвергающегося опасности заражения, предыдущего опыта или отсутствия подверженности заболеванию, а также от времени и места возникновения».⁶

В состав **Сети МФОКК и КП** входят Секретариат Международной федерации Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и 192 Национальных общества Красного Креста и Красного Полумесяца, действующих через 14 миллионов волонтеров из местных сообществ.

Основной потенциал Международных медико-санитарных правил (ММСП) состоит в возможности Государств подготовиться к ЧСЗ и отреагировать на них, как того требуют **ММСП** 2005 года. Общие обязанности, предусмотренные ММСП, требуют от государств следующего: (1) развитие, укрепление и поддержание возможности для выявления, оценки событий в области общественного здравоохранения и соответствующего оповещения о них;⁷ (2) развитие, укрепление и поддержание возможности быстро и эффективно реагировать на риски для общественного здравоохранения и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение (термин, определенный в ММСП).⁸ Подробные требования к основным возможностям для наблюдения и реагирования, а также требования для определенных аэропортов, портов и наземных переходов изложены в Части А и Части В Приложения 1 к ММСП.

Юридические возможности — это особые юридические права, которые предоставляются определенной организации (или категории организаций) и позволяют ей или им проводить операции эффективно и результативно. Юридические возможности могут иметь форму позитивных прав (например, выполнять определенные действия), доступа к упрощенным и ускоренным процессам регулирования или же форму отступления от обычного права.

Законодательство, право, инструменты и т. д. В этом Отчете рассматривается роль права в чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения. Основная речь идет о **законодательстве и/или правовых инструментах** (акты, постановления, законодательные акты, регламенты и приказы, часто относящиеся к **жесткому праву**), которые создают основу для управления рисками чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. Однако многие структуры управления рисками бедствий (УРБ) или рисками чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения (ЧСЗ) также включают политики, планы и руководящие принципы, которые, хотя и не относятся к законодательству сами по себе, часто могут играть важную роль и иногда называются **мягким правом**. Все эти термины взаимозаменяемы в исследованиях и литературе.

Термин **«локдаун»** используется для обозначения исключительных временных мер в период пандемии COVID-19, которые запрещают или ограничивают для отдельных лиц свободу передвижения и собраний, устанавливают для них порядок нахождения в изоляции (карантине) в своих домах или позволяют вводить комендантский час.

Бедствие, не связанное с ЧСЗ, — это любой тип бедствия, за исключением ЧСЗ.

Концепция **«Единое здоровье»** — это подход к разработке и реализации программ, политик, законов и исследований, при котором множество секторов, в том числе в области охраны здоровья человека, животных и растений и защиты окружающей среды, совместными усилиями стремятся достичь лучших результатов. Далее приводятся области работы, в которых подход «Единое здоровье» оказался особенно актуальным: обеспечение продовольственной безопасности, борьба с зоонозами (заболеваниями, которые могут передаваться от животных к людям и наоборот, например грипп, бешенство и лихорадка долины Рифт) и борьба с устойчивостью к антибиотикам (когда бактерии меняются под воздействием антибиотиков, и лечение усложняется).⁹

Под **пандемией** понимается «глобальное распространение нового заболевания»¹⁰ или «глобальная вспышка заболевания среди людей в количествах, явно выходящих за пределы нормы».¹¹

Первичная ЧСЗ — это ЧСЗ, при которой угроза для здоровья является непосредственной или единственной причиной чрезвычайной ситуации.

Общественное здравоохранение — это наука о защите и улучшении здоровья людей и сообществ. Оно включает пропаганду здорового образа жизни, исследования по профилактике заболеваний и травм, а также выявление, профилактику и лечение инфекционных заболеваний. В целом, общественное здравоохранение призвано защитить здоровье целых групп населения, которые могут быть как малыми, например район, так и большими, например вся страна или глобальный регион.

Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения (ЧСЗ) Один из вопросов, рассматриваемых в этом отчете, — это суть ЧСЗ и, что наиболее важно, применение этой концепции в национальном законодательстве. В качестве отправной точки было принято определение ВОЗ, а именно: «возникновение заболевания или неминуемая угроза состоянию здоровья в связи с биотерроризмом, эпидемией или пандемией, или новым и крайне смертельным инфекционным агентом или биологическим токсином, который

несет значительный риск смертельного исхода или инцидентов среди людей, или постоянной или длительной инвалидности».¹²

Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение, — это концепция, введенная ММСП, является экстренным событием, которое, по определению Генерального директора ВОЗ: (i) представляет риск для здоровья населения других Государств ввиду глобального распространения заболеваний и (ii) может потребовать скоординированного ответа.

Термин **«управление рисками чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения» (управление рисками ЧСЗ)** в этом отчете относится, в частности, к управлению ЧСЗ. Этот термин не является общепринятым, но используется для того, чтобы провести различие между управлением рисками ЧСЗ и управлением другими рисками бедствий. В этом контексте предполагается, что оно имеет то же значение, что и УРБ в отношении бедствий. Таким образом, управление рисками ЧСЗ является общим термином для обозначения всех этапов управления ЧСЗ — от снижения риска до обеспечения готовности, реагирования и восстановления. Однако поскольку концепция комплексного управления рисками еще не полностью сформирована в отношении ЧСЗ, а существующие структуры ЧСЗ, как правило, направлены на обеспечение готовности или реагирование, во многих случаях было бы более точным описать национальные механизмы как **управление ЧСЗ**. Тем не менее термин **«управление рисками ЧСЗ»** используется в этом отчете для соответствия более широкой терминологии МФОКК и КП, связанной с бедствиями. Также считается, что этот термин больше соответствует цели Бангкокских принципов, направленных на интеграцию вопросов здравоохранения с более широкими законами и/или политиками, направленными на снижение рисков бедствий и управления ими.

Картирование ЧСЗ относится к камеральному исследованию на уровне страны, заказанному Программой закона о бедствиях МФОКК и КП и проведенному в период с августа по ноябрь 2020 года в отношении правовой и институциональной структуры для ЧСЗ и роли закона в смягчении вторичного воздействия и воздействия на уязвимые группы.

Государства выборы относятся к Государствам, в отношении которых проводились Картирование чрезвычайных декретов и Картирование ЧСЗ (хотя преимущественно проводилось Картирование ЧСЗ).

Вторичная ЧСЗ относится к ЧСЗ, которая возникает в результате другого бедствия, не связанного с ЧСЗ, например вспышка холеры после наводнения.

Термин **«медленно наступающее бедствие»** используется для описания бедствия, которое возникает постепенно, с течением времени. Медленно наступающие бедствия могут быть связаны, например, с засухой, опустыниванием, повышением уровня моря или эпидемическими заболеваниями.

Государства и страны. Эти термины взаимозаменяемы. Не следует придавать особого значения использованию первого или второго термина. Различия подчеркиваются только в случае, если в отчете говорится о штатах [от англ. state — штат] или субъектах в рамках федеральной системы.

Термин **«исключительное положение»** используется для общего описания чрезвычайных положений, состояний бедствия и состояний ЧСЗ, которые могут быть объявлены или определены в ответ на ЧСЗ.

Внезапно наступающее бедствие — это бедствие, вызванное опасным событием, которое возникает быстро и неожиданно. Внезапно наступающие бедствия могут быть связаны, например, с землетрясением, извержением вулкана, бурным паводком, химическим взрывом, отказом критически важной инфраструктуры, транспортной аварией, а также с эпидемиями, когда они возникают неожиданно.

Уязвимость — это условия, определяемые физическими, социальными, экономическими и экологическими факторами или процессами, которые повышают восприимчивость человека, сообщества, активов или систем к воздействию опасностей.¹³

Таджикистан, 2021 г. Волонтеры Национального общества Красного Полумесяца Таджикистана распределяют основные продукты питания (пшеничную муку, растительное масло, сахар, рис, чай и соль) среди уязвимых семей, пострадавших от пандемии COVID-19.

© Общество Красного Полумесяца Таджикистана



ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ЧАСТЬ А ВВЕДЕНИЕ

1. История и контекст

Настоящий Отчет составлен по заказу Программы закона о бедствиях МФОКК и КП в рамках Проекта по изучению роли закона о ЧС и оказанию помощи в чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения (далее — **Проект**). Цель Проекта — изучить роль права в обеспечении готовности к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения (**ЧСЗ**) и реагировании на них, а также предоставить рекомендации, в частности, в отношении национального законодательства и политики, касающихся ЧСЗ. Этот Отчет основан на страновых камеральных исследованиях в отношении: (а) чрезвычайных мер, принятых в начале пандемии COVID-19 в 113 Государствах (**Картирование чрезвычайных декретов**); и (б) правовых и институциональных структур для ЧСЗ и роли права в смягчении их воздействия (**Картирование ЧСЗ**) в 36 Государствах или субнациональных юрисдикциях внутри федеративных Государств (совместно именуемых **«Государства выборки»**). Он также основан на Многострановом сводном отчете МФОКК и КП: Законодательство и готовность к бедствиям и реагирование на них (**Отчет о ГРБ**). Подробная информация о методологии исследования, лежащего в основе настоящего Отчета, представлена в Разделе 1.2 Главы 1.

В Отчете анализируются действующие национальные законы и политики рассматриваемых Государств, а также даются рекомендации по трем основным направлениям: (1) общая национальная правовая и институциональная структура для ЧСЗ (т. е. архитектура управления рисками ЧСЗ); (2) правовые меры для смягчения как вторичного воздействия ЧСЗ, так и воздействия на уязвимые группы; (3) юридические возможности для гуманитарных организаций во время ЧСЗ. Рекомендации в этом Отчете были сформулированы на основе доказательств и передовой практики, раскрытых в результатах Картирования чрезвычайных декретов и ЧСЗ, литературе, предыдущих обзорах и исследованиях в области ЧСЗ, а также на опыте и знаниях сети МФОКК и КП. Они направлены на определение основных правовых вопросов, которые необходимо учитывать директивным органам. Кроме того, они обеспечивают общие рекомендации о том, как законы и политики в отношении ЧСЗ могут, аналогично более общим законам о бедствиях, поддержать основные компоненты эффективного и справедливого обеспечения готовности и реагирования.

2. Чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения

Существуют разные определения ЧСЗ, но в этом Проекте используется определение термина «ЧСЗ», предложенное Всемирной организацией здравоохранения (**ВОЗ**): «возникновение заболевания или неминуемая угроза состоянию здоровья в связи с биотерроризмом, эпидемией или пандемией, или новым и крайне смертельным инфекционным агентом или биологическим токсином, который несет значительный риск смертельного исхода или инцидентов среди людей, или постоянной или длительной инвалидности».

Другим основным термином настоящего Отчета является «чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение» (**ЧСЗМЗ**). В Международных медико-санитарных правилах (**ММСП**) 2005 года [Генеральным директором ВОЗ] она определяется как «экстренное событие, которое: (i) представляет риск для здоровья населения других Государств ввиду глобального распространения заболеваний и (ii) может потребовать скоординированного ответа». Государства обязаны уведомлять ВОЗ о ЧСЗ, которые являются или могут быть ЧСЗМЗ. При этом в случае объявления ВОЗ режима ЧСЗМЗ Государства получают временные рекомендации.

ЧСЗ могут быть или стать ЧСЗМЗ на национальном уровне, но на международном уровне многие ситуации таковыми не будут. Тем не менее даже относительно небольшие вспышки могут иметь разрушительные последствия для здоровья населения и экономики стран. Таким образом, несмотря на то, что для Государств важно учитывать ЧСЗМЗ в своем законодательстве, национальные структуры управления рисками ЧСЗ должны предусматривать все уровни и типы ЧСЗ. Более того, хотя рост числа, частоты и разнообразия вспышек зоонозных заболеваний представляет собой серьезную угрозу общественному здоровью, необходимо устранять множество других рисков, в том числе биотерроризм и медленно наступающие риски, такие как устойчивость к противомикробным препаратам.

ЧАСТЬ В ПРАВОВАЯ И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДЛЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3. Глобальные правовые и институциональные структуры

Глобальный контекст

Хотя основной целью настоящего Отчета является анализ национальных правовых и институциональных структур для ЧСЗ, они устанавливаются и регулируются рядом международных инструментов, в частности ММСП.

Помимо ММСП, к управлению рисками в области здравоохранения относится ряд международных инструментов. Хотя Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы (**Сендайская рамочная программа**) не уделяет основное внимание рискам и последствиям для общественного здравоохранения, они рассматриваются во многих Глобальных целях и Приоритетах действий Рамочной программы. Эта программа дополняется Бангкокскими принципами реализации аспектов здравоохранения из Сендайской рамочной программы (**Бангкокские принципы**), которые поощряют систематическое сотрудничество, интеграцию и согласованность между управлением рисками бедствий и рисками в области здравоохранения. Улучшение системы управления рисками ЧСЗ имеет важное значение для достижения Цели 3 в области устойчивого развития («обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте») и является неотъемлемой частью Глобальной повестки дня в области обеспечения безопасности здоровья. Угроза ЧСЗ и роль, которую Национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца могут играть в обеспечении готовности к ЧСЗ и реагировании на них, также были предметом резолюций Международной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца, в частности Резолюции 3, принятой на 33-й Международной конференции.

Несмотря на то, что роль региональных механизмов в улучшении национальной системы управления рисками ЧСЗ признана ММСП и Группой высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения и что региональные механизмы для общего УРСБ хорошо развиты, сейчас имеется относительно ограниченное число механизмов управления рисками ЧСЗ.

Международные медико-санитарные правила 2005 года

Важнейшим международным инструментом, касающимся ЧСЗ, являются ММСП. ММСП — международный договор, имеющий обязательную юридическую силу для 196 Государств-участников. ММСП устанавливают общую структуру для прав и обязанностей Государств в отношении событий и чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, которые могут иметь трансграничный характер. Что наиболее актуально для настоящего Отчета, ММСП возлагают на Государства обязанности по развитию, укреплению и поддержанию основных возможностей, в том числе следующее: (1) выявлять, оценивать события в области общественного здравоохранения и оповещать о них; (2) быстро и эффективно реагировать на риски для здоровья населения и ЧСЗМЗ. ММСП также требуют от Государств следующего: (1) назначить или учредить Национального координатора по ММСП; (2) обеспечить эффективные меры на случай непредвиденных обстоятельств, связанных с внезапным событием в области общественного здравоохранения; (3) гарантировать, чтобы компетентные органы сообщали Национальному координатору по ММСП о принятых мерах в области общественного здравоохранения.

Влияние ММСП на национальные структуры для ЧСЗ

К сожалению, серия обзоров, проведенных в соответствии с ММСП или по указанию ВОЗ в период с 2011 по 2016 год, а также литература указывают на общую неспособность Государств реализовать основные возможности, предусмотренные ММСП. Кроме того, в 2016 году Группа высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения обнаружила, что механизм контроля соблюдения требований к реализации основных возможностей, предусмотренных ММСП, является слабым, а отсутствие независимых оценок соблюдения негативно влияет на международные усилия по поддержке более уязвимых стран в их реализации.

В ответ на эти выводы ВОЗ представила ряд инициатив в рамках своего Механизма мониторинга и оценки соблюдения ММСП, в том числе ежегодную отчетность, Совместную внешнюю оценку (**СВО**), имитационные



Демократическая Республика Конго, 2018 г. Вспышка лихорадки Эбола в 2018 году создала невероятно сложную ситуацию. Эпидемия вспыхнула в регионе, затронутом конфликтом, который длился два десятилетия и унес бесчисленное количество жизней, а также лишил миллионы людей доступа к основным благам и услугам. Более 2 миллионов человек прошли обследование в центрах профилактики инфекций и инфекционного контроля. Необходимость использования защитных средств может показаться пугающей для членов сообществ. Волонтеры пишут свои имена, чтобы люди знали, кто скрывается за защитным костюмом и маской. ©МФОККИП / Корри Батлер

упражнения и анализ результатов выполнения задачи. СВО, в частности, имеет значительные потенциальные преимущества. Государства, завершившие СВО, в целом предприняли позитивные действия для устранения выявленных недостатков в реализации ММСР, включая разработку Национальных планов действий по обеспечению безопасности в области здравоохранения (**НПДБЗ**). Однако процессы СВО носят рекомендательный характер, и государства не обязаны реализовывать их. Более того, неясно, в какой степени группы СВО могут обеспечить вклад всех соответствующих субъектов и заинтересованных сторон. СВО может не принимать во внимание более широкие механизмы управления рисками бедствий (**УРБ**) в Государствах или уровень координации и интеграции между структурами и субъектами, осуществляющими управление рисками бедствий и рисками ЧСЗ. Реализацию ММСР на национальном уровне можно было бы улучшить путем введения обязательной процедуры СВО (или другого процесса внешней оценки), что будет гарантировать, что все соответствующие субъекты и заинтересованные стороны будут участвовать во внешней оценке, а также путем обязательного составления и реализации планов действий после проведения оценки.

Реализацию ММСР на национальном уровне можно улучшить путем учреждения Государствами комитета по надзору за выполнением и мониторингом ММСР, а также путем включения четких положений о назначении и функциях Национального координатора по ММСР в национальное законодательство. Более тщательного контроля и прозрачности в отношении реализации ММСР на национальном уровне можно достичь с помощью условий, требующих от Государств предоставления в ВОЗ копий законов и/или политик, касающихся реализации ММСР. В свою очередь, ВОЗ открывает доступ общественности к этим инструментам в сети Интернет. Наконец, правовые аспекты основных возможностей ЧСЗ и ММСР можно было бы более регулярно включать в работу соответствующих сетей, таких как Тематическая платформа для УРЧС в области здравоохранения.

ММСР в их нынешнем виде касаются только раннего уведомления или оповещения, направляемого в ВОЗ или другим Государствам. Они не предусматривают необходимость уведомления или оповещения основных субъектов или всех слоев населения пострадавшего Государства. Возможно, отчасти из-за этого контроль ЧСЗ, как и раннее предупреждение о них, редко упоминается непосредственно в национальном законодательстве о ЧСЗ. Таким образом, можно расширить возможности по раннему оповещению путем внесения поправок как в сами ММСР, так и в национальное законодательство.

4. Национальные правовые и институциональные структуры для ЧСЗ

Эффективная структура по управлению рисками ЧСЗ, аналогичная общей структуре для УРБ, должна быть всеобъемлющей. Она должна коллективно охватывать все юрисдикции (национальные и субнациональные), все типы опасностей для здоровья населения, все функции (политика, операции, мониторинг, оценка и т. д.) и все этапы (снижение рисков, обеспечение готовности, реагирование и восстановление). Кроме того, критически важно четко уяснить роли различных субъектов, чтобы избежать путаницы и ненужных задержек, особенно, когда требуется немедленная помощь для спасения жизней. В соответствии с подходами, учитывающими все слои общества, все уровни государственной управления, и подходом «Единое здоровье» механизмы координации должны включать всех соответствующих субъектов и заинтересованных сторон. Большому числу субъектов и заинтересованных сторон, которые могут подвергнуться воздействию ЧСЗ и которые должны планировать ЧСЗ и реагировать на них, крайне необходимо обладать всеобъемлющей структурой для этого.

Интеграция

Одна из задач настоящего Отчета — рассмотреть степень дезинтеграции или интеграции систем управления рисками ЧСЗ с более широкими структурами по УРБ. Частично это сделано для того, чтобы понять, в какой степени в настоящее время выполняются рекомендации Бангкокских принципов, т. е. следует ли лучше интегрировать структуры управления рисками ЧСЗ и структуры УРБ.

Картирование ЧСЗ показало, что структура, функции и полномочия, связанные с управлением рисками ЧСЗ, происходят из трех широких категорий законов и/или политик: законы и/или политики в отношении ЧСЗ или общественного здравоохранения; законы и/или политики в отношении УРБ и законы, которые определяют и регулируют исключительные положения, в основном чрезвычайные положения (**ЧП**). Есть три широкие категории структур для управления рисками ЧСЗ:

1. структуры, основанные исключительно на законодательстве о ЧСЗ или общественном здравоохранении или основанные исключительно на таком законодательстве, но применяющие законодательство об УРБ или ЧП в экстренных обстоятельствах (**«структуры, основанные на нормах о ЧСЗ»**);
2. структуры, основанные преимущественно на законодательстве о ЧСЗ, но принимающие во внимание нормы законов об УРБ и/или ЧП, поддерживающие и дополняющие такое законодательство в меньшей или большей степени (**«гибридные или комбинированные структуры»**);
3. структуры, основанные исключительно на законодательстве об УРБ (**«структуры, основанные на нормах об УРБ»**).

В целом Картирование ЧСЗ показывает, что гибридные структуры являются наиболее распространенными. В большинстве случаев в законодательстве о ЧСЗ или общественном здравоохранении определяется ведущий орган (обычно министр или министерство здравоохранения), который распределяет полномочия и средства контроля, подлежащие использованию при реагировании на ЧСЗ (например, возможность устанавливать или осуществлять чрезвычайные полномочия, вводить карантин и т.д.). При этом законодательство или рекомендации об УРБ обязывают субъекты осуществлять подготовку к ЧСЗ или устанавливают механизмы координации. Поэтому не удалось найти достаточно доказательств полной интеграции законов об управлении рисками ЧСЗ и УРБ. Однако имеется больше доказательств об их интеграции на уровне политики и планирования благодаря принятию всех политик и планов в отношении опасностей, хотя назвать эту практику распространенной повсеместно нельзя.

Несмотря на то, что существует явная необходимость в повышении интеграции и согласованности между управлением рисками ЧСЗ и УРБ (что подкрепляет этот Отчет), пока нет общего подхода к тому, как именно этого можно достичь. Этого, конечно, можно достичь с помощью единого законодательства об УРБ, регулирующего все опасности и все типы бедствий, включая ЧСЗ. Однако Бангкокские принципы не требуют такого подхода, и нет (по крайней мере, в настоящее время) никаких доказательств того, что этот тип структуры непременно более эффективен, чем другие. В отсутствие таких доказательств можно сказать, что, какой бы тип структуры ни был принят, интеграция требует восполнения пробелов, решения конфликтов, устранения несогласованности или ненужного дублирования между полномочиями, ролями, обязанностями и другими механизмами, созданными инструментами для ЧСЗ и УРБ. Тот факт, что гибридные структуры, по-видимому, являются наиболее распространенным типом механизмов, подчеркивает важность проведения обзоров, призванных выявить проблемы подобного характера и, при их обнаружении, определить способы их решения для достижения большей интеграции.

Полномочия по управлению ЧСЗ в национальном законодательстве

Многие (но далеко не все) Государства выборки в последние годы приняли законодательство, признающее определенный тип современных рисков для общественного здравоохранения (например, биотерроризм и УПП) и применяющее современные концепции УРБ. По-прежнему широко распространено использование относительно старого законодательства. Это может иметь два последствия: (1) законодательство может не применять подход к общественному здравоохранению, охватывающий все риски, и полномочия по реагированию на ЧСЗ могут быть чрезмерно ограничены, касаясь только установленных в перечне заболеваний (некоторые из которых могут быть уже не столь распространенными); (2) законодательство может не предусматривать полный цикл управления рисками — в частности, могут отсутствовать этапы снижения рисков и восстановления после них. Поэтому многим Государствам необходимо пересмотреть и обновить свое законодательство, чтобы обеспечить его соответствие современным целям.

В целом результаты Картирования ЧСЗ предоставляют ограниченные доказательства того, что структуры управления рисками ЧСЗ в Государствах предусматривают все этапы ЧСЗ (т. е. снижение риска, реагирование, обеспечение готовности и восстановление). Прогнозируется, что ЧСЗ станут происходить чаще. Поэтому структуры управления рисками ЧСЗ требуют более широкого признания важности снижения риска с учетом таких нововведений, как подход «Единое здоровье».

Координация и лидерство

В Отчете о ГРБ указывается, что недостаточная координация является серьезной проблемой при выполнении международных и внутренних операций по реагированию на бедствия. На национальном уровне Отчет подчеркивает наличие следующих пробелов: (1) в координации между различными отраслевыми ведомствами и/или уровнями государственного управления; (2) в координации между правительственными и неправительственными субъектами, а также международными субъектами. К сожалению, как показывают результаты Картирования ЧСЗ, аналогичная картина может существовать в отношении координации ЧСЗ.

В то время как результаты Картирования ЧСЗ идентифицируют широкий спектр механизмов координации ЧСЗ, большинство Государств выборки полагается на использование устоявшихся механизмов УРБ для координации действий по обеспечению готовности и реагированию на ЧСЗ. Эти механизмы не всегда создаются для удовлетворения конкретных потребностей в координации ЧСЗ, в том числе с привлечением более широкого круга субъектов и заинтересованных сторон, которых следует задействовать. Между тем использование существующих механизмов УРБ позволяет избежать дублирования и может способствовать лучшей интеграции и пониманию. В целом, обратить особое внимание следует на то, что, независимо от уже созданных механизмов координации, они четко изложены в законе и/или политике, включают всех основных участников и хорошо понимаются ими.

Результаты Картирования ЧСЗ определяют различные механизмы лидерства в процессе реагирования на ЧСЗ. Такое лидерство может иметь несколько аспектов, например юридическое, оперативное и политическое лидерство. Лидерство также может носить совместный или коллегиальный характер. В большинстве Государств выборки юридическое лидерство при реагировании на ЧСЗ возлагается на министра или министерство здравоохранения. Неопределенность в лидерстве возникает в тех случаях, когда, к примеру, при чрезвычайном положении есть параллельные полномочия или политическое лидерство пересекается и/или конфликтует с юридическими полномочиями. Поэтому важно, чтобы законодательство и/или политика четко определяла механизмы лидерства (в том числе функции, которые субъекты уполномочены осуществлять, и моменты времени, когда эти полномочия возникают).

Участие и представленность

Сендайская рамочная программа поощряет общегосударственный и учитывающий все слои общества подход к УРБ, способствующий участию всех заинтересованных сторон. Пандемия COVID-19 показала, что крупномасштабные ЧСЗ могут сказаться практически на всех уровнях власти, на каждом секторе, регионе, сообществе и на жизни отдельного человека и потребовать принятия соответствующих мер. Таким образом, общегосударственный и учитывающий все слои общества подход, возможно, даже более важен для ЧСЗ, чем для других типов бедствий.

К сожалению, результаты Картирования ЧСЗ показывают, что такой подход к управлению рисками ЧСЗ еще не стал реальностью. В большинстве Государств действуют законы и политики, обеспечивающие для элементов участие в работе правительств и органов государственной власти. Тем не менее основное внимание уделяется департаментам и учреждениям, которые могут сыграть свою роль в подготовке к бедствиям, не связанным с

ЧСЗ, и реагировании на них. Как показала Пандемия COVID-19, предполагая, что только эти департаменты и учреждения будут участвовать в урегулировании ЧСЗ, вы можете потерять из виду основных субъектов.

Более того, как подтвердили структуры управления рисками ЧСЗ, представленные в результатах Картирования ЧСЗ, заинтересованные стороны вне правительства редко имеют возможность участвовать в процессе обеспечения готовности к ЧСЗ и реагирования на них. Что касается других бедствий, участие сообщества важно, потому что способствует улучшению надзора (т. е. выявлению всплесков на раннем этапе) и донесению медико-санитарной информации до общественности. В процессе управления рисками ЧСЗ также должны участвовать следующие группы, сектора и заинтересованные стороны: субъекты программы «Единое здоровье»; субъекты сотрудничества в целях развития; поставщики медицинских и социальных услуг (особенно вне государственного сектора); Национальные общества КК и КП и другие гуманитарные организации; учебные заведения и органы управления в сфере образования; финансовый сектор; производители и поставщики товаров и оборудования первой необходимости.

Готовность к ЧСЗ: планирование на случай непредвиденных обстоятельств

Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, законы и/или политики обычно предусматривают обеспечение готовности к ЧСЗ, но в более широких структурах УРБ, а не в документах о реагировании на ЧСЗ или конкретных инструментах общественного здравоохранения. При этом многие Государства могли бы улучшить свои механизмы обеспечения готовности, установив более четкие, детальные требования к планированию действий на случай ЧСЗ.

Понимание предмета и анализ полученного опыта

Основным требованием к любой структуре управления рисками ЧСЗ является понимание пользователями того, что в ней говорится, как она работает, а также понимание ролей, обязанностей и ожиданий каждого субъекта и участника. Как показывают некоторые результаты Картирования ЧСЗ, те Государства, которые провели соответствующие учения, были лучше подготовлены к Пандемии COVID-19. Действительно, сообщества должны знать о рисках ЧСЗ, чтобы лучше готовиться к ним и реагировать на них. Учебные и симуляционные упражнения также могут помочь подготовить сообщества к возможным типам ограничений.

Во время и после ЧСЗ также важно анализировать полученный опыт и проводить регулярные обзоры, чтобы структура управления рисками ЧСЗ учитывала возникающие угрозы здоровью населения. Однако, как показывают результаты Картирования ЧСЗ, практика проведения обязательных регулярных обзоров возникающих рисков не является широко распространенной. Поэтому Государствам следует рассмотреть возможность введения некоторой формы непрерывного процесса «анализа полученного опыта» и регулярного обзора. Важно анализировать правовые и операционные детали прошлых ЧСЗ. Так как в период Пандемии COVID-19 большое число юристов и советников по правовым вопросам приобрели опыт разработки законодательства о чрезвычайных ситуациях, появилась возможность для развития национальных сетей юристов с целью расширения юридических знаний, связанных с ЧСЗ.

5. Исключительные положения и чрезвычайные полномочия при ЧСЗ

Источник и характер исключительных положений и чрезвычайных полномочий

Распространенным механизмом реагирования на бедствия является объявление чрезвычайного положения или состояния бедствия. Чрезвычайное положение обычно объявляется при экстремальных и непредвиденных обстоятельствах, которые существенно нарушают устоявшийся правопорядок (например, гражданская война или крупные гражданские беспорядки). При этом они могут иметь достаточно широкие формулировки и относиться к любому виду бедствий, включая ЧСЗ. В результате объявления чрезвычайного положения обычно происходит централизация процесса принятия решений и возможность осуществления чрезвычайных и, возможно, не предусмотренных законом полномочий правительством или государственными органами. Напротив, состояние бедствия обычно обозначено в законодательстве об УРБ, и ответственность за объявление состояния бедствия может быть возложена на должностных лиц на более низких уровнях государственного управления. В результате введения режима состояния бедствия обычно иницируются планы управления бедствиями и запускаются специальные механизмы государственного управления и реализации недоступных в обычное время полномочий органов власти, например полномочий по эвакуации людей.

Результаты Картирования ЧСЗ показывают, что чрезвычайное положение и состояние бедствия могут относиться к ЧСЗ. Кроме того, в большинстве Государств выборки правительства также могут объявлять или определять режимы ЧСЗ, которые устанавливают полномочия, специально разработанные для ЧСЗ. Если режимы ЧСЗ предусмотрены национальным законодательством, они, как правило, похожи на состояния бедствия по характеру и последствиям. Право объявлять режим ЧСЗ или устанавливать чрезвычайные полномочия, связанные с ЧСЗ, обычно обозначено в законодательстве о ЧСЗ. В этом Отчете чрезвычайные положения, состояния бедствия и режимы ЧСЗ в совокупности именуется **исключительными положениями**.

Риски чрезмерной зависимости от чрезвычайных положений могут быть как правовыми, так и практическими, в отличие от состояний бедствия или режимов ЧСЗ, которые имеют больше ограничений или условий с точки зрения права. Правовые риски очевидны: задействование излишних, неограниченных или непропорциональных чрезвычайных полномочий, которые могут осуществляться без контроля (или с ограниченным контролем) и могут привести к нарушению прав. Введение чрезвычайного положения может также оказать пагубное влияние на операционную эффективность, если принимаются исключительные меры, вовлекающие новых субъектов или субъектов, которые выполняют непривычные для них роли. По этой причине следует отдавать предпочтение введению состояний бедствия или режимов ЧСЗ, хотя иногда могут потребоваться чрезвычайные положения и более исключительные полномочия и последующие меры.

Ответственность за объявление исключительного положения

Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, если объявление режима ЧСЗ или инициирование чрезвычайных полномочий, связанных с ЧСЗ, предусмотрено законодательством о ЧСЗ, ответственность обычно устанавливается явным образом и обычно возлагается на субъектов сектора здравоохранения. В большинстве случаев ответственность за объявление или определение необходимости введения режима ЧСЗ возлагается на четко установленное лицо — обычно на министра здравоохранения или старшее должностное лицо министерства здравоохранения. Как правило, также четко устанавливаются лица, имеющие право объявить чрезвычайное положение. Однако в случае ЧСЗ должностное лицо, ответственное за объявление исключительного положения, может само столкнуться с угрозой его здоровью. Поэтому важно обеспечить наличие иерархии должностных лиц, уполномоченных объявлять или определять режим ЧС в случае, если основное должностное лицо станет недоступным.

В некоторых Государствах выборки исключительные положения могут быть объявлены только после консультаций или достижения согласия с определенными государственными структурами, такими как министры, отраслевые учреждения или субнациональные органы власти. Это требование является передовой практикой, поскольку оно может способствовать: (1) препятствованию концентрации власти в руках одного лица или организации; (2) сохранению автономии субнациональных юрисдикций; (3) обращению должного внимания на опыт соответствующих отраслевых учреждений.

Объявление и определение сроков исключительных положений и чрезвычайных полномочий

Как говорится в Отчете о ГРБ, крайне важно, чтобы в законодательстве были четко определены правовые триггеры объявления исключительных положений и передачи чрезвычайных полномочий. Вопрос о моменте срабатывания триггера чрезвычайно важен. Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, законодательство многих Государств теперь предусматривает упреждающий триггер, то есть исключительное положение может быть объявлено при возникновении неминуемой угрозы. При этом другие Государства по-прежнему полагаются на реактивные триггеры, требуя, чтобы риск для здоровья населения в какой-то степени уже присутствовал, прежде чем можно будет инициировать чрезвычайные полномочия. Правильно выбрать время для срабатывания триггера может оказаться непростой задачей. Реактивные триггеры предполагают вероятность закрытия окна для определенных превентивных или подготовительных мер к моменту объявления исключительного положения, а упреждающие триггеры — вероятность того, что чрезвычайные полномочия могут оказаться преждевременными или излишними. Как показывают темпы распространения COVID-19 как во всем мире, так и в отдельных странах, законодательство должно предусматривать упреждающие триггеры, обеспечивающие крайне важное преимущество при реагировании на ЧСЗ. При проведении соответствующих контрольных мероприятий на местах возможность заранее объявлять исключительные положения должна стать частью арсенала Государства в борьбе с серьезными угрозами здоровью населения.

Характер чрезвычайных полномочий и чрезвычайных мер

Чрезвычайные полномочия, необходимые для реагирования на ЧСЗ, делятся на две широкие категории: (1) чрезвычайные законодательные полномочия — обычно дают исполнительной власти возможность принимать законы (например, декреты, приказы или постановления); (2) чрезвычайные исполнительные полномочия — позволяют властям предпринимать действия, которые в ином случае были бы незаконными (например, отдавать приказы об эвакуации, конфисковывать имущество, ограничивать передвижение). Каждое Государство выборки прибегало к тем или иным чрезвычайным полномочиям для борьбы с Пандемией COVID-19. В некоторых случаях чрезвычайные законодательные полномочия использовались для создания новых чрезвычайных полномочий. Однако в большинстве случаев используемые чрезвычайные полномочия уже были в большей или меньшей степени прописаны в действующем законодательстве. В случае серьезных ЧСЗ наличие более широких полномочий может оказаться целесообразной идеей, однако желательно, чтобы закон четко и исчерпывающе определял перечень имеющихся чрезвычайных полномочий на случай ЧСЗ.

Влияние исключительных положений и чрезвычайных полномочий на права человека

Как показала Пандемия COVID-19, внутренние меры реагирования на ЧСЗ могут включать действия, влияющие на права человека, например: ограничения на передвижение и проведение собраний, комендантский час, принудительное закрытие предприятий и школ, обязательный карантин и обязательная защита или самоизоляция наиболее восприимчивых лиц. Большинство правозащитных инструментов разрешают Государствам ограничивать определенные права с целью принятия мер, направленных на устранение серьезных угроз здоровью населения или отдельных членов общества. Однако это не дает Государствам возможности ссылаться на соображения охраны здоровья, и, как следствие, делать то, что им заблагорассудится. Ограничения прав человека должны быть целесообразными, пропорциональными и предусмотренными законом.

Гарантии безопасности и процедуры проверки в период действия исключительного положения

Объявление исключительного положения и использование чрезвычайных полномочий должны подпадать под гарантии, в частности законодательного и/или судебного надзора. Что касается законодательного надзора, есть разумный аргумент в пользу того, что во время быстро развивающейся ЧСЗ более уместно будет получить последующее (а не предварительное) одобрение, основанное на акте исполнительной власти. Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, этот подход, предполагающий последующую ратификацию акта исполнительной власти законодательной властью, уже является наиболее распространенным подходом среди Государств выборки. В результатах Картирования ЧСЗ нет комментариев касательно судебного надзора, хотя, за одним исключением, они не предполагают, что этот надзор отсутствует. Кроме надзора со стороны законодательных и судебных органов, контроль над действиями исполнительной власти в период ЧСЗ может осуществляться мерами обеспечения прозрачности, например требованием уведомлять об исключительных положениях и чрезвычайных мерах как можно более широкую аудиторию, а не только требованием регистрации в государственном реестре законов.

Город Ланфан, Китай, 2020 г. Группа волонтеров Красного Креста по оказанию помощи в чрезвычайных ситуациях принимает участие в работе по профилактике и ликвидации эпидемии © Общество Красного Креста Китая



ЧАСТЬ С РОЛЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СМЯГЧЕНИИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЧСЗ НА УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ И СМЯГЧЕНИЕ ВИДОВ ВТОРИЧНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЧСЗ

6. Воздействие ЧСЗ на мобильность и миграцию населения

Общая мобильность населения

Все бедствия могут оказывать влияние на мобильность населения, часто приводя к вынужденному, в некоторых случаях к запланированному, переселению. Подобно другим типам бедствий, ЧСЗ может предполагать переселение воздушными транспортными средствами. Страх заражения или желание избежать ограничений в связи с локдауном может вызвать внутреннюю и трансграничную миграцию. Однако ЧСЗ может влиять на мобильность совершенно иначе, чем другие типы бедствий. В частности, как показала Пандемия COVID-19, для предотвращения распространения заболевания могут вводиться принудительные меры по ограничению мобильности.

Закрытие границ

Принудительные меры по ограничению мобильности стали основным следствием закрытия границ и запретов на поездки, принятых почти во всех Государствах выборки. Эти меры были применены в ответ на Пандемию COVID-19 вопреки временным рекомендациям ВОЗ в рамках ММСП. К тому же они потенциально нарушали более широкие международные обязательства. Международный пакт о гражданских и политических правах, в частности, предусматривает, что люди должны иметь право покидать любую страну, включая свою собственную, и не должны произвольно лишаться права на въезд в свою собственную страну. Хотя закрытие границ и ограничения на поездки могут быть разумными средствами борьбы с распространением заболевания, особенно на ранних стадиях, они должны: (1) быть целесообразными и соразмерными угрозе общественному здоровью; (2) иметь ограничения по времени; (3) быть предусмотрены законодательством; (4) соответствовать международным правовым обязательствам.

Закрытие границ и ограничения на поездки, введенные в период Пандемии COVID-19, оказали негативное влияние на многих мигрантов и иностранных рабочих, желающих вернуться домой. Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, в большинстве случаев граждане или постоянные жители освобождались от ограничений на въезд в страну, но в некоторых случаях ограничения на выезд и практические препятствия (например, отсутствие коммерческих рейсов) усложняли ситуацию. Еще в одну сильно уязвимую группу входят примерно 200 000 моряков, которые продолжают оставаться в ловушке на борту судов из-за пограничных ограничений. Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, ряд Государств оказали существенную помощь лицам, желающим репатриироваться. Поскольку такие же проблемы могут возникнуть в будущем во время вспышек каких-либо заболеваний, их следует решать в рамках законов, политик и планов в отношении ЧСЗ.

Беженцы и просители убежища

Картирование ЧСЗ с особой четкостью показывает проблемы, с которыми сталкиваются беженцы и просители убежища во время Пандемии COVID-19. Выявлены два основных вопроса: (1) привело ли закрытие границ и ограничение на поездки к невозможности въезда и/или принудительному возвращению беженцев и просителей убежища; (2) обрабатываются ли еще заявления о предоставлении убежища. Что касается первой проблемы, по оценкам УВКБ ООН, в начале Пандемии COVID-19 из 123 Государств, которые полностью или частично закрыли свои границы, 30 Государств не сделали исключений для просителей убежища. Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, ряд Государств выборки сделали исключения по «гуманитарным причинам», которые, хотя и не имеют отношения к просителям убежища и беженцам, могут быть применимы. Что касается второго вопроса, сообщается, что в большинстве Государств выборки законы, регулирующие положение беженцев и просителей убежища, оставались в силе и применялись, хотя сообщалось о некоторых задержках в обработке ходатайств о предоставлении убежища.

7. УБЕЖИЩА И ЖИЛЬЕ

В отличие от других типов бедствий, ЧСЗ предполагают совершенно иные потребности, связанные с убежищами и жильем, в основном из-за того, что они менее разрушительны в физическом плане. Как продемонстрировала Пандемия COVID-19, во время ЧСЗ есть две основные проблемы. Во-первых, бездомные люди могут подвергаться особому риску, например, из-за отсутствия доступа к средствам гигиены, лечению или поддержке. Во-вторых, вторичное воздействие ЧСЗ на экономическую активность и источники дохода может увеличить количество людей, которым грозит потеря жилья.

Проблема бездомности

В период Пандемии COVID-19 большинство Государств выборки ввели меры по обеспечению бездомных жильем и/или улучшению санитарных условий. Для этого большинство Государств выборки либо внедрило новые инициативы или программы, либо использовали существующие, но не принимали законы. Преимуществом было то, что некоторые Государства объединили необходимость предоставления жилья (для обеспечения самоизоляции или эффективного социального дистанцирования) с более долгосрочными планами по сокращению бездомности. Чаще всего поддержка, оказываемая бездомным, заключалась в предоставлении целевых консультаций и доступа к санитарным условиям. Однако большинство мер носили ответный характер, даже если они основывались на уже существующих инициативах. Поскольку потенциальное воздействие ЧСЗ на бездомных теперь известно, оно должно учитываться в законах, политиках и планах, касающихся ЧСЗ, чтобы Государства были готовы принять меры, необходимые для защиты и поддержки этой группы.

Потеря жилья

Большинство Государств выборки с самого начала осознавали, что экономическое воздействие Пандемии COVID-19 может привести к тому, что люди могут потерять свое жилье. Множество Государств выборки приняли меры для решения жилищной проблемы, включая в первую очередь: (1) неспособность арендаторов и домовладельцев оплачивать аренду или вносить платежи по ипотеке; (2) необходимость защиты домохозяйств от выселения или потери права выкупа, если из-за Пандемии COVID-19 они не могли оплачивать аренду или ипотеку. Некоторые Государства выборки приняли законодательные меры по запрету или отсрочке выселения. Более распространенной (хотя отнюдь не повсеместной) мерой стала финансовая поддержка арендаторов и домовладельцев. Опять же, большинство законодательных мер, по-видимому, были ответными, поскольку действующей законодательной базы, позволяющей правительствам предпринимать такие действия, было недостаточно или не было вообще. Учитывая, что аналогичная поддержка может потребоваться и в будущих ЧСЗ, для Государств было бы разумно обеспечить постоянные полномочия для принятия таких мер, а также удостовериться в том, что меры требуемого типа включены в законы, политики и планы на случай ЧСЗ.

Бангладеш, 2021 г. Крупный пожар вспыхнул в лагере беженцев в окрестностях Кокс-Базара 22 марта 2021 года. МФОККиП направила средства Чрезвычайного фонда реагирования в случае бедствий на оказание неотложной помощи. Группы волонтеров помогают людям получить доступ к жизненно важным услугам, таким как медицинское обслуживание. © Общество Красного Полумесяца Бангладеш



8. ЗАЩИТА УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Роль уязвимости в чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения

Как и в случае с более широкими законами об УРБ, многие законы о ЧСЗ уделяют основное внимание ролям и обязанностям учреждений и субъектов, и содержат редкие упоминания пострадавших групп населения. При этом основной целью структур управления рисками ЧСЗ и основополагающих законов является защита потенциальных жертв ЧСЗ, особенно наиболее уязвимых слоев населения.

Отчет о ГРБ определяет восемь категорий людей, которые, в зависимости от обстоятельств, могут быть особенно уязвимыми к воздействию бедствий: женщины и девочки; дети, особенно оставшиеся без сопровождения и разлученные с родными; пожилые люди; люди с ограниченными возможностями; мигранты; группы коренного населения; расовые и этнические меньшинства; сексуальные и гендерные меньшинства. В нем также подчеркивается, что некоторые другие группы (такие как религиозные и политические меньшинства и маргинализированные классы или касты) могут непропорционально сильно пострадать от бедствий в зависимости от местного контекста.

В результате ЧСЗ появляются дополнительные категории уязвимых лиц. Совершенно очевидно, что те, кто особенно восприимчив к заболеванию или инфекции, вызывающей ЧСЗ, будут наиболее уязвимы. В силу своей природы ЧСЗ также подвергают гораздо большему риску тех, кто оказывает медицинскую помощь. К тому же присутствуют факторы вторичного воздействия на здоровье, в том числе на психическое здоровье лиц, находящихся в изоляции, а также факторы, которые могут нарушить функционирование других служб в области здравоохранения. Лица, перенесшие заболевания, могут стать предметом общественного порицания. Кроме того, ЧСЗ могут привести к социальной и экономической маргинализации.

Люди, подверженные риску заболевания

Наиболее уязвимыми к любой ЧСЗ, конечно, являются люди, которые в особой степени подвержены заболеванию (или другим рискам для здоровья). Хотя пожилые люди и люди с сопутствующими заболеваниями были особенно восприимчивы к COVID-19, разные заболевания могут и будут инфицировать или затрагивать разные группы. Последствия заболевания могут быть совсем разными для разных групп. Например, во время пандемии гриппа 1918 года особому риску подвергались молодые люди, в то время как во время вспышек вируса Зика в группе повышенного риска находились беременные женщины и их будущие дети. Поэтому важно, чтобы законы, политики и планы в отношении ЧСЗ предвидели различные варианты угроз для здоровья населения в будущем, а не просто предполагали уязвимость конкретной группы (групп).

Перед угрозой COVID-19 большинство Государств выборки признали необходимость обеспечения особой защиты тем, кто наиболее подвержен риску заражения или заболевания. Было принято множество различных подходов, включая защиту (добровольную или принудительную) и различные меры для улучшения доступа к услугам и ресурсам (например, здравоохранение, тесты на COVID-19, лекарства и предметы гигиены). Меры, принятые для защиты наиболее уязвимых групп населения, такие как требования о домашней изоляции или принудительном лечении, должны учитывать тонкую грань между (1) обеспечением максимальной защиты таких групп и (2) возможностью нарушения их основных прав. Равновесия можно достичь только путем введения мер, которые соразмерны угрозе здоровью, ограничены по срокам, предписаны законом и должным образом контролируются.

Пожилые люди и люди с ограниченными возможностями или заболеваниями

Пожилые люди и люди с ограниченными возможностями или заболеваниями могут оказаться особенно уязвимыми в случае какого-либо бедствия. В случае ЧСЗ, вызванных инфекционными или другими заболеваниями, эти группы могут иметь повышенную уязвимость, поскольку возраст, ограниченные возможности или сопутствующие заболевания могут сделать людей более восприимчивыми к болезни, вызвавшей ЧСЗ. Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, во время Пандемии COVID-19 правительства внедряют пакеты поддержки или помощи различных типов и уровней для этой группы. При этом некоторые результаты Картирования ЧСЗ вызывают озабоченность по поводу недостатков системы ухода за пожилыми людьми и людьми с ограниченными возможностями, в том числе недостатков в доступе к обычным медицинским или социальным услугам. Сообщается также о препятствиях для доступа к информации и тестированию. Это подчеркивает важность того, что законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны учитывать особые потребности пожилых людей и людей с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем во время ЧСЗ.

Обеспечение расширенного доступа к медицинским услугам

Как показала Пандемия COVID-19, ЧСЗ может значительно сократить возможность широких слоев населения получать медицинскую помощь, не связанную с инфекцией или заболеванием, лежащим в основе ЧСЗ. Было множество сообщений о проблемах с доступом к медицинскому обслуживанию, например приостановлены программы по борьбе с малярией. В свете этих проблем важно, чтобы законы, политики и планы в отношении ЧСЗ обеспечивали непрерывность оказания общих медицинских услуг во время ЧСЗ, чтобы население могло получать лечение при состояниях здоровья или заболеваниях, не связанных с ЧСЗ.

Люди, подверженные экономическим и финансовым рискам

Существовавшая до ЧСЗ экономическая маргинализация может повысить уязвимость к бедствиям: уязвимость в жилищном плане и в сфере источников доходов могут подвергнуть людей более серьезному воздействию (например, смерть, болезни, финансовые потери). Во время ЧСЗ существуют дополнительные факторы: например, заражаемость может быть выше среди людей с низким социально-экономическим статусом, бедность может стать препятствием для доступа к медицинскому обслуживанию (особенно в Государствах, системы здравоохранения которых в основном находятся в ведении частных поставщиков услуг), либо меры, принятые для борьбы с ЧСЗ, могут непропорционально сильно повлиять на людей с низкими или нулевыми доходами.

Одной из наиболее важных особенностей Пандемии COVID-19 были финансовые последствия мер, принятых для минимизации прямого воздействия заболевания, например закрытие предприятий и ограничение на перемещение. Практически все Государства выборки отреагировали на Пандемию COVID-19, в том числе путем предоставления различных пакетов финансовой поддержки предприятиям и частным лицам. Согласно имеющимся сведениям, наиболее распространенная форма поддержки предоставлялась компаниям с целью помочь им пережить любой спад активности, связанный с Пандемией COVID-19, и избежать увольнения работников. При этом наблюдаются совершенно разные виды поддержки. К тому же существуют значительные различия между видами поддержки в Государствах, которые имеют возможность оказывать финансовую помощь и теми, которые ее не имеют.

В большинстве случаев ситуация с COVID-19 вынуждала разрабатывать меры финансовой поддержки в ускоренном порядке. Это указывает на необходимость: (1) включения в работу ведомств или организаций, которые оказывают экономическую или финансовую поддержку в рамках мероприятий по обеспечению готовности к ЧСЗ; (2) наличия действующих законов и/или политик, которые можно задействовать при возникновении ЧСЗ вместо того, чтобы разрабатывать их постфактум.

Защита лиц, подверженных риску насилия

Во время Пандемии COVID-19 зафиксирован рост случаев домашнего насилия (включая насилие со стороны полового партнера и насилие в отношении детей). Некоторые из лиц, подвергавшихся риску, не могли избежать насилия или жестокого обращения или искать защиты из-за ограничений на передвижение. Кроме того, закрытие школ сделало недоступной одну из основных мер защиты детей от жестокого обращения: когда такое количество детей учатся на дому, учителям крайне сложно или вовсе невозможно отслеживать уровень их благополучия, как они это делали раньше. Некоторые Государства выборки приняли конкретные законодательные меры для решения этих проблем, в частности они предписали ведомствам по защите населения оказывать поддержку и/или предоставлять дополнительные ресурсы. Еще одной мерой, принятой в некоторых Государствах выборки, было предоставление исключений из правил изоляции, позволяющих людям, подвергшимся или подвергающимся риску домашнего насилия, переехать из места своего обычного проживания и/или не появляться там.

Школьники

Все без исключения Государства выборки физически закрыли школы в начале Пандемии COVID-19. Пандемия COVID-19 не была единственной причиной закрытия школ: вспышка вируса Эбола оказала воздействие на систему образования в Либерии и Сьерра-Леоне. Обучение может быть прервано во время большинства типов бедствий, но основное отличие ЧСЗ состоит в том, что остановка работы учебных заведений может иметь гораздо больший масштаб и продолжительность. Длительное отсутствие очного обучения может серьезно сказаться на качестве образования, социального развития, физического и психического здоровья детей.

Наиболее очевидное воздействие закрытия школ — прекращение преподавания — было устранено в большинстве Государств выборки с помощью онлайн-преподавания или обучения, или домашнего обучения. В некоторых Государствах выборки этому способствовало законодательство, в то время как в других для этого не пришлось прибегать к законодательному регулированию. Однако переход к онлайн-обучению не был повсеместным и основывался на следующих допущениях: (i) возможность обеспечивать дистанционное обучение — проблема для образовательных систем, которые сталкиваются и с другими проблемами всеобщего образования; (ii) Государства и семьи, имеющие необходимую ИТ-инфраструктуру; (iii) дети, обладающие способностями и зрелостью, чтобы придерживаться онлайн-обучения — проблема для очень маленьких детей; (iv) семьи, имеющие возможности и время помогать своим детям.

В целом, опыт Пандемии COVID-19 и предыдущих ЧСЗ подчеркивает важность обеспечения участия и представленности школ и органов управления в сфере образования на всех этапах управления рисками ЧСЗ, а также необходимость планирования на случай непредвиденных обстоятельств для непрерывности образовательного процесса во время ЧСЗ.

Мигранты и маргинализованные расово-этнические группы

Мигранты и маргинализованные расово-этнические группы подвержены риску несоразмерного воздействия любого бедствия (в том числе ЧСЗ) вследствие дискриминации и экономической маргинализации. Дискриминация в рамках обеспечения готовности к бедствиям и реагирования на них может быть не только прямой, но и косвенной, если соответствующие программы и меры не адаптированы к конкретным потребностям указанных групп, например в случае отсутствия информации о рисках и предупреждений на разных языках. Нелегальные мигранты могут подвергаться особенно высокому риску, потому что они исключены из участия в государственных программах и/или не желают обращаться в официальные службы из-за опасений по поводу применения принудительных мер.

Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, конкретные проблемы, с которыми сталкиваются мигранты во время ЧСЗ, могут включать: (1) доступ к медицинскому обслуживанию; (2) доступ к финансовой поддержке; (3) последующее влияние ограничений свободы передвижения на иммиграционный статус мигрантов. Что касается доступа к медицинскому обслуживанию, результаты Картирования ЧСЗ показывают, что Государства выборки приняли ряд подходов — от предоставления полного доступа к медицинским услугам до обеспечения только частичного или условного доступа или полного исключения мигрантов из медицинского обслуживания. За некоторыми исключениями, финансовые или социальные льготы, предоставленные во время Пандемии COVID-19, были доступны только гражданам или постоянным резидентам.

В некоторых странах иммиграционные правила таковы, что получение льгот или предоставление доступа к медицинскому обслуживанию может негативно сказаться на иммиграционном статусе и/или ограничить возможности по подаче заявлений на получение постоянного вида на жительство. Ряд Государств выборки предприняли конкретные действия, чтобы мигранты, получающие поддержку в связи с COVID-19, не столкнулись с предвзятостью. Еще одна положительная мера, принятая некоторыми Государствами выборки, заключалась в продлении виз для мигрантов, срок действия которых истек, но которые не могли вернуться домой из-за закрытия границ и ограничений на поездки.

Результаты Картирования ЧСЗ обычно не содержат информации конкретно о маргинализованных расово-этнических группах. Основное наблюдаемое воздействие заключается в том, что эти группы могут сталкиваться с языковыми и культурными барьерами при доступе к информации, медицинскому обслуживанию и другой помощи во время ЧСЗ. Некоторые Государства выборки предприняли шаги по устранению языковых и культурных барьеров, например путем распространения медико-санитарной информации на разных языках. Результаты Картирования ЧСЗ также содержат небольшое число примеров, когда новые законы или политики принимались специально для устранения потенциального воздействия COVID-19 на группы коренного населения.

Вышеупомянутые выводы демонстрируют необходимость, которая подчеркивалась на протяжении всего Отчета, улучшить участие и представленность этих групп в процессе управления рисками ЧСЗ. Более того, они освещают необходимость обеспечить мигрантам полный доступ к медицинскому обслуживанию во время ЧСЗ невзирая на их иммиграционный статус, а также принять меры по устранению языковых и культурных барьеров для доступа к информации, медицинскому обслуживанию и другой поддержке.

ЧАСТЬ D ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ГУМАНИТАРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ДРУГИХ ГРУПП БЫСТРОГО РЕАГИРОВАНИЯ

9. Юридические возможности для гуманитарных организаций

Юридические возможности

Юридические возможности — это особые юридические права, которые предоставляются определенной организации (или категории организаций) и позволяют ей (или им) проводить операции эффективно и результативно. Юридические возможности могут иметь форму позитивных прав (например, права выполнять определенные действия), доступа к упрощенным и ускоренным процессам регулирования или же специальных отступлений от действующих законодательных или юридических требований.

С момента своего запуска в 2001 году Программа закона о бедствиях МФОКК и КП уделяет большое внимание обеспечению доступности юридических возможностей для определенных служб реагирования на бедствия в целях повышения эффективности их работы. Юридические возможности, позволяющие внутренним гуманитарным организациям обеспечивать готовность к бедствиям и реагировать на них, определены в Контрольном списке ГРБ, который был одобрен Государствами-участниками Женевских конвенций и компонентами Международного движения КК и КП в 2019 году на 33-й Международной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца (далее «Международная конференция»). Руководящие принципы МЗРБ, которые были единогласно приняты Государствами-участниками Женевских конвенций и компонентами Международного движения КК и КП в 2007 году на 30-й Международной конференции, включают рекомендации по минимальным юридическим возможностям, которые должны быть предоставлены оказывающим помощь Государствам и соответствующим гуманитарным организациям для реагирования на бедствия на международном уровне.

Хотя не все юридические возможности, указанные в Контрольном списке ГРБ и Руководящих принципах МЗРБ, могут быть применимы к ЧСЗ — и, следовательно, не все они обсуждаются в этом Отчете — в целом Государствам рекомендуется разработать эффективные законы и политики, обеспечивающие юридические возможности, указанные в Контрольном списке ГРБ и Руководящих принципах МЗРБ.

Влияние ограничений, введенных из-за COVID-19

Во многих случаях ограничения, введенные из-за Пандемии COVID-19, оказали значительное влияние на деятельность сети МФОКК и КП и других гуманитарных организаций. В некоторых Государствах существовала неопределенность в отношении того, освобождены ли Национальные общества КК и КП от продиктованных COVID-19 ограничений свободы передвижения и, следовательно, разрешено ли им свободно перемещаться по стране и взаимодействовать с местными сообществами. К тому же введенные из-за COVID-19 ограничения привели к тому, что организации сети МФОКК и КП не имели доступа к своим складам и предварительно размещенным запасам. Кроме того, из 100 операций по «развертыванию» сети МФОКК и КП в связи с пандемией, проведенных до конца сентября 2020 года, 86 пришлось проводить удаленно.

Ограничения, оказывающие особое влияние на гуманитарную помощь (как вне, так и внутри Государств), делятся на четыре большие категории: (1) ограничения на передвижение внутри страны, включая приказы о введении локдаунов и предписания оставаться дома; (2) обязательные требования о закрытии предприятий или ограничения на торговлю; (3) ограничения, связанные с запретом или трудностями для трансграничного передвижения людей, включая закрытие границ, приостановление выдачи виз и карантин; (4) ограничения на ввоз или вывоз товаров, в том числе средств индивидуальной защиты и медицинских принадлежностей. Кроме того, некоторые проблемы были вызваны не введением новых ограничений, а необходимостью для правительств ослабить или отменить существующие требования (а иногда и неспособностью правительств это сделать) с целью содействия в проведении соответствующих мероприятий.

Ограничения на внутреннее передвижение и работу коммерческих предприятий

Многие Государства ввели ограничения на передвижение (например, локдаун, комендантский час, предписания оставаться дома) и рабочие часы, чтобы ограничить распространение COVID-19. Как показали результаты Картирования чрезвычайных декретов, эти ограничения часто характеризовались исключениями для «основных» или «медицинских» работников или служб (или аналогичных). Тем не менее, Национальные общества КК и

КП и другие гуманитарные организации редко попадали в эти категории отдельным пунктом. Хотя Национальные общества КК и КП и другие гуманитарные организации часто подразумевались или предположительно попадали в эти категории, была неопределенность в том, действуют ли для них (как и их работников и волонтеров) исключения. Во время ЧСЗ рекомендуется предоставить Национальным обществам КК и КП и другим гуманитарным организациям прямые исключения из ограничений на внутреннее передвижение и рабочие часы, чтобы они могли продолжать выполнять свои важные задачи.

Закрытие границ и/или ограничения на въезд

Несмотря на то, что ВОЗ изначально рекомендовала не закрывать границы, сразу после возникновения очевидной угрозы распространения COVID-19 по всему миру многие Государства закрыли их в попытке снизить риски трансграничного заражения. В ряде Государств выборки предусмотрены прямые исключения для осуществления гуманитарными организациями своих операций. В других Государствах выборки определенным должностным лицам предоставлено право по своему усмотрению предоставлять исключения, позволяющие работникам гуманитарных организаций подавать заявления на их получение. Однако сообщалось, что в некоторых Государствах выборки не было никаких исключений для работников гуманитарных организаций. Последние два подхода противоречат Руководящим принципам МЗРБ, согласно которым Государства должны облегчать въезд для работников гуманитарных организаций, подпадающих под конкретные критерии.

Даже если границы оставались открытыми, ряд Государств ввели режим карантина или самоизоляции. В некоторых случаях эти требования были крайне строгими, предписывая, чтобы люди какое-то время содержались в изоляции в помещениях, предоставленных правительством. Риск заключается в том, что, даже если работникам гуманитарных организаций разрешен въезд, им не позволяют немедленно приступить к выполнению своих функций, ради чего они приехали в страну. Это может, например, поставить под угрозу принятие ответных мер на другое бедствие, происходящее одновременно с ЧСЗ. Хотя некоторые Государства ввели исключения для работников гуманитарных организаций, их сил не хватало из-за малой численности.

Профессиональная квалификация

Одним из препятствий для оказания помощи в случае бедствий, определенных в Руководящих принципах МЗРБ и Контрольном списке ГРБ, является вопрос признания профессиональной квалификации на межфедеральном/межгосударственном уровне. Хотя вопрос о признании профессиональной квалификации не обозначен в результатах Картирования чрезвычайных декретов, Пандемия COVID-19 показывает, что он весьма актуален для ЧСЗ. Например, во время Пандемии COVID-19 США быстро ввели большое число положений о взаимном признании медицинских лицензий, чтобы они действовали в других штатах. В соответствии с Руководящими принципами МЗРБ и Контрольным списком ГРБ действующие законы и/или политики должны предусматривать автоматическое или ускоренное признание иностранных и/или межфедеральных квалификаций и лицензий в случае ЧСЗ.

Ограничения на импорт или экспорт товаров и оборудования

В целом во время Пандемии COVID-19 для экспорта и импорта товаров было меньше ограничений, чем для свободы передвижения людей. Однако одной из проблем стали те товары и оборудование, которые используются для защиты от инфекции и лечения COVID-19. К примеру, к концу июля 2020 года в результате Пандемии COVID-19 почти 90 Государств ввели экспортные ограничения. Государства могут начать контролировать экспорт определенных предметов снабжения во время ЧСЗ с целью удовлетворения потребностей своего населения, однако им следует освободить гуманитарные организации от любых ограничений, которые могут не позволить последним импортировать или экспортировать товары и оборудование, предназначенные для оказания помощи.

Налоги и тарифы

Руководящие принципы МЗРБ и Контрольный список ГРБ рекомендуют освобождать правомочные гуманитарные организации, оказывающие помощь, от налогов на добавленную стоимость и других сборов и пошлин, непосредственно связанных с оказанием помощи при бедствиях. В контексте COVID-19 эта рекомендация, по-видимому, соблюдалась в ряде Государств, включенных в Картирование чрезвычайных декретов, особенно в отношении импорта СИЗ и фармацевтических продуктов.

Город Бейрут, Ливан, 2020 г. Национальное общество Красного Креста Ливана оказало помощь людям, пострадавшим от разрушительного взрыва 4 августа. Волонтеры и машины скорой помощи Национального общества Красного Креста Ливана доставили в больницы тысячи людей.

© Ливанский Красный Крест



РЕКОМЕНДАЦИИ

МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА

Последующий обзор ММСП

1. Последующий обзор ММСП должен учитывать вопрос, следует ли требовать от Государств:
 - a. создавать комитет специально для надзора за выполнением государствами обязательств по ММСП, а также для мониторинга текущей работы и соблюдения норм (**Комитет по мониторингу ММСП**);
 - b. периодически участвовать во внешних оценках имплементации ММСП, а также составлять и реализовывать планы действий после оценки;
 - c. уведомлять или предупреждать основных национальных субъектов и население в целом о возникновении или неизбежном риске ЧСЗМЗ;
 - d. уведомлять ВОЗ о принятии национальных актов, обеспечивающих выполнение ММСП, и направлять копии таких актов в ВОЗ.
2. При любом последующем пересмотре ММСП также следует рассмотреть вопрос о необходимости или целесообразности включения дополнительных положений, разъясняющих процесс уведомления ВОЗ и других Государств о возникающих угрозах общественному здоровью и ответственность Государств.
3. Вопросы, указанные в пунктах (1) и (2) выше, также следует принимать во внимание при разработке любого нового международного договора, касающегося ЧСЗ.

Выполнение ММСП внутри Государства

1. Государствам следует продолжать предпринимать шаги для обеспечения того, чтобы их национальное законодательство содействовало реализации основных возможностей ММСП и соответствовало выполнению их обязательств по ММСП.
2. Независимо от требований ММСП или Структуры мониторинга и оценки ММСП, национальные законы и/или политики должны:
 - a. предусматривать создание комитета по мониторингу ММСП специально для надзора за выполнением ими обязательств по ММСП, а также для мониторинга текущей работы и соблюдения норм;
 - b. требовать разработки и выполнения планов действий после оценки имплементации ММСП;
 - c. определять национального субъекта (субъектов), ответственных за составление плана действий после проведения оценки и/или способствующих разработке таких планов;
 - d. требовать от комитета по мониторингу ММСП контролировать и/или осуществлять надзор за подготовкой и выполнением плана действий после проведения оценки.
3. Государствам следует:
 - a. пересмотреть процедуру назначения Национального координатора по ММСП и его функции;
 - b. рассмотреть вопрос о том, можно ли оптимизировать выполнение ММСП путем включения прямого положения о назначении и функциях Национального координатора в национальные законы и/или политики;
 - c. выявить наличие правовых препятствий для обмена информацией между Национальным координатором по ММСП, ВОЗ и другими Государствами и, при их наличии, провести правовые реформы для устранения таких препятствий.

Улучшение базы знаний о правовых аспектах имплементации ММСП

1. Правовые аспекты ЧСЗ и имплементация основных возможностей ММСП должны быть включены в повестку дня соответствующих сетей и форумов, таких как Тематическая платформа по управлению рисками чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и бедствий и связанная с ней Исследовательская сеть.
2. Организации, проявляющие интерес к ЧСЗ и имплементации основных возможностей ММСП, должны рассмотреть возможность объединения практикующих юристов и ученых, которые смогут содействовать разработке усовершенствованных национальных законов о ЧСЗ, в том числе тех, которые имплементируют основные возможности ММСП.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ СТРУКТУРЫ ДЛЯ ЧСЗ

Полномочия по управлению рисками ЧСЗ

1. Национальные законы, политики и планы должны способствовать созданию структур управления рисками ЧСЗ, которые:
 - a. применяют подход к общественному здравоохранению, охватывающий все риски;
 - b. предусматривают как первичные, так и вторичные ЧСЗ;
 - c. учитывают вопросы снижения рисков, обеспечения готовности, реагирования и восстановления.
2. Законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны обеспечивать баланс между определенностью в отношении рассматриваемых типов рисков и событий в области общественного здравоохранения и гибкостью, необходимой для устранения возникающих рисков для здоровья населения.

Интеграция со структурами УРБ

В соответствии с Бангкокскими принципами законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны быть интегрированы с общими структурами УРБ (включая национальные и местные стратегии по снижению риска бедствий). Интеграция требует восполнения пробелов, решения конфликтов, устранения несогласованности или ненужного дублирования между полномочиями, ролями, обязанностями и другими механизмами, созданными инструментами ЧСЗ и УРБ.

Лидерство

Законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны гарантировать следующее:

1. лицо(-а) или ведомство(-а), несущее(-ие) основную ответственность за действия до, во время и после ЧСЗ, однозначно определены (в том числе командование и контроль центра чрезвычайных операций, если таковой имеется);
2. характер роли лидера, а также его функции и полномочия определены четко и однозначно;
3. любые потенциальные конфликты полномочий лиц или ведомств, выполняющих руководящие функции, устранены или сведены к минимуму.

Координация

1. Национальные законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны способствовать координации:
 - a. по горизонтали между различными отраслевыми ведомствами, а также внутри них (в том числе с комитетом по мониторингу ММСП);
 - b. по вертикали между различными уровнями государственного управления;
 - c. между правительственными и неправительственными субъектами, в том числе международными (если применимо).

2. Таким образом, национальные законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. создать механизмы координации, включающие представителей:
 - i. всех соответствующих отраслевых ведомств;
 - ii. всех соответствующих департаментов отраслевых ведомств;
 - iii. всех уровней государственного управления;
 - iv. всех соответствующих неправительственных субъектов;
 - b. обозначить четкие роли и обязанности для всех субъектов;
 - c. возложить на субъектов обязательства регулярно встречаться и обмениваться информацией, чтобы обеспечить эффективность механизмов координации.

Участие и представленность

1. Законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны принять следующее:
 - a. общегосударственный и учитывающий все слои общества подход, позволяющий всем субъектам и заинтересованным сторонам участвовать и быть представленными;
 - b. подход «Единое здоровье», способствующий координации действий между секторами охраны здоровья животных, растений и окружающей среды (и другими субъектами программы «Единое здоровье»).
2. Учитывая их уникальную вспомогательную роль и охват на уровне сообществ, законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны быть связаны с ролями и обязанностями Национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.
3. Кроме того, следует учитывать вопрос об обеспечении участия (в произвольном порядке):
 - a. представителей сообществ;
 - b. субъектов программы «Единое здоровье»;
 - c. субъектов сотрудничества в целях развития;
 - d. поставщиков медицинских и социальных услуг;
 - e. групп, которые могут быть особенно уязвимы к воздействию ЧСЗ;
 - f. гуманитарных НПО;
 - g. школ и органов управления в сфере образования;
 - h. финансового сектора;
 - i. производителей и поставщиков товаров и оборудования первой необходимости.
4. В случае постоянного присутствия международных организаций и наличия потребности в поддержке с их стороны следует рассмотреть возможность включения агентств ООН и международных неправительственных организаций.
5. Законы и/или политики должны гарантировать, насколько это возможно, чтобы все субъекты и заинтересованные стороны могли быть эффективно представлены и могли вносить эффективный вклад в управление рисками ЧСЗ.

Планирование на случай непредвиденных обстоятельств, обучение и проведение учений

Национальные законы и политики в отношении ЧСЗ должны:

1. распределять роли, обязанности и, при необходимости, обязательства, подлежащие принудительному выполнению, в части планирования действий в чрезвычайных ситуациях, обучения и проведения учений на случай ЧСЗ;

2. требовать планирования на случай непредвиденных обстоятельств для обеспечения непрерывности работы законодательной власти, сектора общественного здравоохранения, системы школьного образования и услуг по борьбе с насилием в семье во время ЧСЗ;
3. требовать, чтобы все потенциальные субъекты и заинтересованные стороны, проявляющие интерес к ЧСЗ (в том числе сообщества и основные субъекты УРБ), регулярно проводили учебные и симуляционные упражнения на случай ЧСЗ или участвовали в них;
4. признавать важность повышения осведомленности общественности о рисках ЧСЗ и их потенциальных последствиях;
5. содействовать предоставлению сообществ информации, необходимой для обеспечения готовности к ЧСЗ и реагирования на них.

Регулярный пересмотр и обновление

1. Государства, которые до сих пор не сделали этого, должны провести пересмотр своих законов, политик и планов, касающихся управления рисками ЧСЗ, чтобы они соответствовали современным задачам, и, при необходимости, в срочном порядке разработать новые или внести поправки в существующие.
2. Законы и/или политики должны гарантировать следующее:
 - a. структура управления рисками ЧСЗ пересматривается как периодически, так и после ЧСЗ;
 - b. процесс пересмотра должен учитывать:
 - i. охватывает ли структура управления рисками ЧСЗ все текущие и возникающие риски ЧСЗ;
 - ii. интегрирована ли структура управления рисками ЧСЗ с общими структурами УРБ;
 - iii. способствует ли структура управления рисками ЧСЗ участию и представленности всех соответствующих субъектов и заинтересованных сторон;
 - iv. функционировала ли структура управления рисками ЧСЗ надлежащим образом во время недавней ЧСЗ;
 - c. насколько эффективно применяется опыт и рекомендации, полученные в ходе пересмотра, а также насколько эффективно проводятся учебные курсы и симуляционные упражнения.

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Исключительные положения на случай ЧСЗ

1. Законы должны определять чрезвычайные положения на случай ЧСЗ, которые должны быть соразмерными и адаптированными к различным возможным типам и масштабам ЧСЗ. В этой системе должно быть предусмотрено изначальное применение минимально необходимых ограничительных мер и исключительных полномочий с возможностью их расширения по нарастающей только в случае крайней необходимости.
2. Отдельные механизмы для объявления или определения исключительных положений на случай ЧСЗ (если они существуют) должны быть совместимы друг с другом, а их использование должно быть скоординировано.
3. Закон должен оговаривать четко, насколько это возможно (с учетом непредсказуемости возникающих рисков для здоровья), все типы, причины и характер исключительных положений на случай ЧСЗ, а также связанные с ними полномочия.

Ответственность за объявление или определение исключительного положения

Законы, дающие право объявить исключительное положение или наделяющие директивный орган правом применить такое положение в отношении ЧСЗ, должны:

1. четко обозначать лицо, имеющее право вводить такое положение или определять его;

2. когда разные лица могут иметь такие полномочия, либо в соответствии с законодательством, либо в силу обстоятельств, — обеспечивать, чтобы условия, в которых действует лицо, были четко изложены и что в случае какого-либо конфликта можно было принять решение о поиске или наделении лица полномочиями;
3. устанавливать иерархию должностных лиц, уполномоченных объявлять или определять положения, на случай, если ранее назначенное должностное лицо не может выполнять свои функции во время ЧСЗ.

Консультации

Законы и/или политики должны включать требование о том, что до объявления или определения какого-либо исключительного положения в ответ на ЧСЗ:

1. если исключительное положение объявлено или определено лицом, не являющимся министром здравоохранения или должностным лицом министерства здравоохранения, то министерству здравоохранения следует (i) как минимум проконсультироваться, но (ii) в идеале согласовать или одобрить это решение;
2. если объявление или определение такого положения, а также любые предлагаемые чрезвычайные полномочия могут негативно повлиять на функции субнационального правительства или администрации, последним следует, как минимум, проконсультироваться до того, как такое положение будет объявлено или определено;
3. лицу, объявляющему или определяющему такое положение, следует проконсультироваться (насколько это практически возможно в данных обстоятельствах) с основными субъектами и заинтересованными сторонами, которые могут участвовать в процессе реагирования на ЧСЗ.

Триггеры и сроки

1. Законы должны обеспечивать баланс, чтобы триггеры исключительных положений или чрезвычайные полномочия в ответ на ЧСЗ были: (a) изложены ясно и однозначно; (b) были достаточно гибкими, чтобы их можно было адаптировать к возникающим рискам для здоровья.
2. Законы должны устанавливать порядок объявления или определения исключительного положения в ответ на ЧСЗ.
3. Чтобы свести к минимуму риск неправомерного использования полномочий на упреждение, законы должны четко определять обстоятельства, при которых могут быть заблаговременно объявлены или определены такие положения, например ЧСЗ неизбежна, возможна (в плане времени и географического положения) и/или может иметь серьезные последствия.

Чрезвычайные полномочия и меры

1. Законы должны четко определять правительственные полномочия, возникающие после объявления или определения исключительного положения в ответ на ЧСЗ.
2. В случае серьезных ЧСЗ наличие более широких правительственных полномочий может оказаться целесообразной идеей, однако желательно, чтобы законы четко и исчерпывающе определяли перечень имеющихся чрезвычайных полномочий на случай ЧСЗ.

Гарантии и права человека

1. При объявлении исключительного положения в ответ на ЧСЗ законы должны гарантировать прозрачность и подотчетность правительства, верховенство закона, работоспособность демократических институтов и защиту прав человека.
2. Чрезвычайные полномочия и меры должны учитывать нормы международного права, особенно в области прав человека.
3. Поскольку во время ЧСЗ нужно обеспечивать соблюдение прав человека, Государства должны использовать только те чрезвычайные полномочия и меры, которые ограничивают права человека в степени, необходимой, соразмерной и предусмотренной правом.

Южный Судан, 2013 г. Вакцинация новорожденных против полиомиелита в рамках реализации правительственной программы здравоохранения при поддержке Красного Креста.

©МФОККиКП / Юозас Церниус



Ограничения по времени

Законы, дающие право объявлять или определять исключительное положение в ответ на ЧСЗ, должны:

1. предусматривать ограничение по времени, чтобы исключительное положение автоматически прекращалось по истечении указанного периода, если только оно не продлевается;
2. четко обозначать:
 - a. обстоятельства, при которых исключительное положение может быть продлено;
 - b. максимальный период, на который может быть продлено исключительное положение;
 - c. либо максимальное количество раз, когда исключительное положение может быть продлено, либо максимальный период действия такого положения.

Надзор со стороны законодательных органов

Законы, дающие право объявлять или определять исключительное положение в ответ на ЧСЗ, должны гарантировать то, что законодательная власть:

1. (по возможности) одобрит объявление или определение такого положения в течение установленного периода времени;
2. (по возможности) одобрит продление исключительного положения либо до момента его истечения, либо в течение установленного периода;
3. имеет право изменить или отменить исключительное положение, в том числе изменить такие детали, как географический охват, период времени и чрезвычайные полномочия.

Надзор со стороны судебных органов

Законы, дающие право объявлять или определять исключительное положение в ответ на ЧСЗ, должны гарантировать, что:

1. объявление или определение такого положения, его последующее продление и любые чрезвычайные полномочия или чрезвычайные меры, принятые в соответствии с ним, могут быть предметом судебного разбирательства, возбужденного пострадавшими сторонами;
2. судебные органы обладают юрисдикцией и полномочиями:
 - a. признать незаконными объявление или определение исключительного положения, его последующее продление и любые чрезвычайные полномочия или чрезвычайные меры, принятые в соответствии с ним;
 - b. отдать соответствующие приказы для устранения такого нарушения (например, путем объявления такого положения недействительным, назначения штрафов или компенсационных выплат).

Прозрачность

1. Закон должен предписывать, чтобы об объявленном или определенном исключительном положении в ответ на ЧСЗ (с подробной информацией о чрезвычайных полномочиях или мерах, принятых в соответствии с ним) были сделаны соответствующие публикации, доступные для максимально широкой аудитории.
2. При этом в период Пандемии COVID-19 всем Государствам следует соблюдать глобальную передовую практику в отношении публикации законодательных актов, а также стремиться размещать законы, политики и планы, касающиеся исключительных положений и ЧСЗ, в сети Интернет, если это возможно.

РОЛЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СМЯГЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЧСЗ И ВОЗДЕЙСТВИЯ НА УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ

Мобильность и миграция людей

1. Национальные законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны учитывать потенциальную необходимость для Государства закрыть свои границы или ввести ограничения на поездки в ответ на распространение болезни в международном масштабе.
2. Законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны учитывать:
 - a. потенциальное влияние ЧСЗ на мобильность и потребности людей, у которых возникло желание или необходимость совершить поездку (за границу или в пределах страны) по причине (прямой или косвенной) ЧСЗ;
 - b. потенциальную необходимость в репатриации мигрантов после ЧСЗ и процесс содействия репатриации.
3. Законы должны четко определять критерии для закрытия границ и/или введения ограничений, а также то, как такое закрытие или ограничение будет осуществляться на практике. Любые такие критерии должны соответствовать международным обязательствам Государств по ММСП и МПГПП, включая право каждого человека покинуть любую страну (включая свою собственную) и не подвергаться необоснованным ограничениям на въезд в свою страну.
4. Законы, регулирующие закрытие границ или ограничения на поездки в случае трансграничного распространения болезни (или в ответ на другие риски для здоровья населения), должны:
 - a. соответствовать международно-правовым обязательствам Государств в отношении беженцев и просителей убежища, включая обязанность не выдворять их;
 - b. содержать исключения (при соблюдении соответствующих мер безопасности) по гуманитарным соображениям для беженцев, просителей убежища и других лиц, спасающихся от угрозы непоправимого ущерба;
 - c. содержать исключения (при соблюдении соответствующих мер безопасности) для желающих репатрироваться мигрантов.
5. Законы и/или политики должны предусматривать чрезвычайные меры, гарантирующие продолжение приема просителей убежища и обработку ходатайств о предоставлении убежища, с приоритетом для наиболее уязвимых лиц.

Убежища и жилье

1. Законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны признавать и учитывать потребности бездомных.
2. В частности, в планах на случай непредвиденных обстоятельств в сфере общественного здравоохранения должны быть указаны основные действия по защите бездомных в случае ЧСЗ, включая предоставление жилья, медицинского обслуживания, санитарных условий и информации.
3. Государствам следует рассмотреть вопрос о введении или изменении действующих законов, политик и планов для определения финансовой и другой поддержки, которая должна быть предоставлена тем, кто рискует потерять жилье во время ЧСЗ.
4. Законы, политики и/или планы должны обеспечивать предоставление жилья и жилищной поддержки во время ЧСЗ в силу потребности, а не статуса владения.

Защита уязвимых групп

Меры общей защиты

1. Национальные законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. быть достаточно всеобъемлющими и гибкими, чтобы:
 - i. защищать и удовлетворять потребности всех, кто пострадал вследствие ЧСЗ;
 - ii. учитывать тот факт, что различные группы могут быть особенно восприимчивыми к соответствующему риску ЧСЗ, в зависимости от его типа;
 - b. на всех этапах управления рисками ЧСЗ обеспечивать участие и представленность:
 - i. групп, которые могут быть особенно уязвимы к воздействию ЧСЗ;
 - ii. ведомств или организаций (например, агентств социальной поддержки, Национальных обществ КК и КП), роль которых включает поддержку или защиту таких групп;
 - c. исключить дискриминацию (прямую и косвенную) во всех элементах управления рисками ЧСЗ;
 - d. учитывать и, при необходимости, внедрять существующие принципы, руководящие указания, стандарты и инструменты, разработанные международным гуманитарным сообществом для защиты и обеспечения инклюзивности в отношении уязвимых групп.
2. Планы на случай непредвиденных обстоятельств в области общественного здравоохранения должны учитывать особые и дополнительные потребности уязвимых групп, возникшие во время ЧСЗ.
3. Законы, политики и практические меры, предназначенные для защиты тех, кто подвергается наибольшему риску, от прямого воздействия ЧСЗ, должны:
 - a. учитывать права лиц, затронутых ЧСЗ, и соответствовать им;
 - b. отражать обстоятельства, в которых находятся конкретные защищаемые группы;
 - c. иметь ограничения по срокам в тех случаях, когда они нарушают основные права, а также быть соразмерными угрозе общественному здоровью.
4. Мероприятия по обеспечению готовности к ЧСЗ и реагированию на них должны быть в равной степени доступны для уязвимых групп и, при необходимости, адаптированы для удовлетворения их особых и дополнительных потребностей.

Пожилые люди и люди с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем

Национальные законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:

1. предусматривать особые потребности пожилых людей и людей с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем в случае ЧСЗ, независимо от того, подвергаются ли эти люди:
 - a. прямому риску от соответствующей инфекции или заболевания, вызвавшего ЧСЗ;
 - b. косвенному риску от вторичного воздействия ЧСЗ;
2. обеспечить участие и представленность пожилых людей и людей с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем в/на всех этапах управления рисками ЧСЗ;
3. обеспечить доступность информации и поддержки, которая предоставляется во время реагирования на ЧСЗ, для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями;
4. обеспечить непрерывность оказания медицинской и социальной помощи пожилым людям и людям с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем во время ЧСЗ;
5. учитывать соответствующие действующие международные стандарты и руководящие принципы, такие как «Гуманитарные стандарты интеграции для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями» и «Хартия о включении лиц с ограниченными возможностями в гуманитарную деятельность».

Люди, подверженные экономическим и финансовым рискам

Национальные законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:

1. предусматривать финансовую поддержку предприятий и домашних хозяйств (в том числе домохозяйств мигрантов) в случае, если ЧСЗ оказывает значительное экономическое воздействие, при этом первоочередное внимание должно уделяться наиболее уязвимым и экономически маргинализированным группам;
2. на всех этапах управления рисками ЧСЗ обеспечить участие и/или представленность ведомств и организаций, способных оказывать экономическую и финансовую поддержку во время ЧСЗ.

Люди, подверженные риску насилия

1. Законы и/или политики должны требовать от ведомств, ответственных за предотвращение домашнего или семейного насилия и оказание услуг по защите, разрабатывать планы на случай непредвиденных обстоятельств, обеспечивающих непрерывность предоставления услуг во время ЧСЗ.
2. Структуры управления рисками ЧСЗ (включая законы, политики и планы на случай непредвиденных обстоятельств) должны включать меры, которые позволят лицам, подвергающимся риску домашнего насилия, воспользоваться убежищами или местами временного размещения, а также другими услугами по защите во время ЧСЗ.
3. Законы, устанавливающие ограничения в связи с локдауном во время ЧСЗ, должны прямо разрешать тем, кто находится под угрозой домашнего насилия или уже подвергается ему, следующее:
 - a. покинуть место своего проживания и/или не возвращаться туда;
 - b. пользоваться услугами по защите, психологической и психосоциальной поддержке.

Школьники

1. Законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. устанавливать и соблюдать принцип, согласно которому закрытие школ во время ЧСЗ должно быть крайней мерой.
 - b. обеспечивать участие и представленность школ и их органов управления в сфере образования в/на всех этапах управления рисками ЧСЗ.
2. Законы и/или политики должны требовать от органов управления в сфере образования и, при необходимости, от отдельных школ иметь планы на случай непредвиденных обстоятельств для решения проблем, которые могут возникнуть во время ЧСЗ, включая:
 - a. определение альтернативных методов обучения на случай физического закрытия школ;
 - b. решение проблем детей, которым трудно получить доступ к альтернативному обучению;
 - c. определение практических мер (например, протоколов биобезопасности), позволяющих школам работать (или вновь открыться) во время ЧСЗ.

Мигранты и маргинализированные расово-этнические группы

Национальные законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:

1. обеспечить участие и представленность мигрантов и маргинализированных расово-этнических групп в/на всех этапах управления рисками ЧСЗ;
2. принять меры по устранению языковых и культурных барьеров при доступе к услугам здравоохранения, информации и другой поддержке во время ЧСЗ;
3. обеспечить мигрантам полный доступ к медицинскому обслуживанию и другим основным услугам во время ЧСЗ независимо от их иммиграционного статуса.

ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ГУМАНИТАРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Юридические возможности в широком смысле

В соответствии с Контрольным списком ГРБ и Руководящими принципами МЗРБ, Государства должны разработать эффективные законы и политики, предоставляющие юридические возможности: (а) национальным гуманитарным организациям для реагирования на бедствия внутри страны (в том числе при ЧСЗ); и (б) оказывающим помощь Государствам и соответствующим гуманитарным организациям для реагирования на бедствия на международном уровне (в том числе при ЧСЗ).

Ограничения на передвижение и деловые операции

1. Законы, вводящие ограничения на внутреннее передвижение или деловые операции во время ЧСЗ, должны явным образом предусматривать исключения для Национальных обществ КК и КП и других соответствующих гуманитарных организаций (при соблюдении соответствующих мер безопасности).
2. Если послабления предоставляются «работникам жизненно важных отраслей» или «основным службам», определение этого термина должно быть четким и включать сотрудников и волонтеров Национальных обществ КК и КП и других соответствующих гуманитарных организаций.

Закрытие границ и/или ограничения на въезд

1. Законы, вводящие закрытие границ или другие ограничения во время ЧСЗ, должны явным образом освобождать от запретов персонал соответствующих гуманитарных организаций (при условии соблюдения соответствующих мер безопасности).
2. Государства, рассматривающие возможность введения карантина или режима самоизоляции для лиц, прибывающих на их территорию во время ЧСЗ, должны, по возможности, освобождать работников гуманитарных организаций от этих требований.
3. Если автоматическое освобождение гуманитарного персонала от ограничений не предусмотрено законами и/или политиками, они должны устанавливать четкие и объективные критерии для предоставления таких послаблений.
4. В соответствии с Руководящими принципами МЗРБ законы и/или политики должны, по возможности, отменять требования для (или значительно ускорять предоставление) виз и разрешений на работу для работников гуманитарных организаций.

Профессиональная квалификация

В соответствии с Руководящими принципами МЗРБ и Контрольным списком ГРБ законы и/или политики должны предусматривать автоматическое или ускоренное признание квалификаций и лицензий на межгосударственном и/или межфедеральном уровне в случае ЧСЗ или другого бедствия.

Трансграничное перемещение товаров и оборудования

1. Государствам следует и далее гарантировать, чтобы законы и/или политики, предусматривающие закрытие границ или ввод ограничений в ответ на ЧСЗ, не ограничивали трансграничное перемещение товаров и оборудования для оказания помощи (при соблюдении соответствующих мер безопасности).
2. Государства могут начать контролировать экспорт определенных предметов снабжения во время ЧСЗ с целью удовлетворения потребностей своего населения, однако им следует освободить гуманитарные организации от любых ограничений, которые могут не позволить последним импортировать или экспортировать товары и оборудование, предназначенные для оказания помощи.
3. На случай будущих ЧСЗ необходимо принять определенные меры (исходя из примеров, включенных в базу данных Всемирной таможенной организации в период Пандемии COVID-19) по предоставлению актуальной информации о применяемых по всему миру мерах контроля за импортом и экспортом.

Налоги и тарифы

В соответствии с Руководящими принципами МЗРБ и Контрольным списком ГРБ Государства должны освобождать правомочные (как национальные, так и международные) гуманитарные организации, оказывающие помощь, от налогов и сборов, непосредственно связанных с их деятельностью по управлению рисками ЧСЗ.

ЧАСТЬ А ВВЕДЕНИЕ



© Филиппинский Красный Крест

1 / ИСТОРИЯ И КОНТЕКСТ

1.1 / ЗАКОН И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По состоянию на конец марта 2021 года Пандемия COVID-19 вызвала более 135 миллионов случаев инфицирования во всем мире и, увы, более 2,9 миллиона зарегистрированных случаев смерти.¹⁴ Последствия Пандемии COVID-19 практически в каждой стране и во всех слоях общества достигли таких масштабов, которые мир не видел со времен последней глобальной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения — пандемии гриппа 1918 года. С экономической точки зрения, как подсчитал Международный валютный фонд, глобальные издержки, связанные с Пандемией COVID-19, составят 28 триллионов долларов за счет сокращения производства, причем правительствам и центральным банкам придется принять фискальные меры, которые обойдутся приблизительно в 19 триллионов долларов. В ответ на Пандемию COVID-19 правительства были вынуждены ввести правовые меры, часто полагаясь на чрезвычайные полномочия, для ограничения свободы передвижения и приостановления обычной индивидуальной и деловой активности. Страны, как никогда раньше, очень быстро приняли множество законов в отношении одного чрезвычайного события.

Столкнувшись с Пандемией COVID-19, Программа закона о бедствиях МФОКК и КП решила приступить к новому исследовательскому проекту с целью изучения роли закона в обеспечении готовности к **ЧСЗ** и реагировании на них. Этот Проект по исследованию законодательства и чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения (далее «**Проект**») направлен на расширение понимания законов о ЧСЗ и их взаимосвязи с законами, касающимися более широкой сферы управления рисками бедствий, чтобы в результате разработать рекомендации для укрепления национального законодательства и политики в отношении ЧСЗ.

Программа закона о бедствиях МФОКК и КП является лидером в разработке и распространении рекомендаций для укрепления национального законодательства и политики в отношении бедствий. Программа помогает Национальным обществам Красного Креста и Красного Полумесяца оказывать поддержку властям в разработке и применении актуальных законов, политик и процедур, связанных с бедствиями. На сегодняшний день Программа закона о бедствиях МФОКК и КП разработала рекомендации для: (1) ускорения и регулирования процесса оказания международной помощи при бедствиях, а также первоначальной помощи в восстановлении;¹⁵ (2) снижения риска бедствий;¹⁶ (3) обеспечения готовности к бедствиям и реагирования на них.¹⁷

Проект опирается на результаты этой работы. К тому же он послужил началом серии исследовательских инициатив. В начале Пандемии COVID-19 Программа закона о бедствиях МФОКК и КП поручила провести камеральное исследование на уровне страны, предполагающее картирование чрезвычайных мер, принятых в связи с Пандемией в 113 Государствах (**Картирование чрезвычайных декретов**). Это исследование уделяло основное внимание потенциальному воздействию этих мер на деятельность Сети МФОКК и КП по всему миру. Программа закона о бедствиях МФОКК и КП впоследствии поручила провести второй этап камерального исследования на уровне страны, посвященного правовым и институциональным структурам для ЧСЗ и роли законодательства в смягчении их последствий, особенно для уязвимых групп (**Картирование ЧСЗ**).

Цель настоящего Отчета — обобщить информацию, полученную в результате этого исследования, чтобы (1) проанализировать действующее законодательство и другие инструменты, регулирующие ЧСЗ, и (2) разработать рекомендации о роли закона в подготовке к этим типам бедствий и реагировании на них.

Этот Отчет был подготовлен в разгар Пандемии COVID-19 — ЧСЗ, происходящей раз в несколько поколений. Поэтому в центре внимания исследования, естественно, находятся законы, дающие право Государствам принимать ответные меры на эту Пандемию. Однако коронавирусная инфекция COVID-19 не была единственным заболеванием, ставшим бедствием: ЧСЗ происходили на протяжении всей истории, начиная от Юстиниановой чумы, заканчивая Черной смертью и пандемией гриппа 1918 года, а в современное время — атипичной пневмонией и лихорадкой Эбола. Таким образом, как предполагала Программа закона о бедствиях МФОКК и КП, Проект не ограничивается непосредственными усилиями по борьбе с Пандемией COVID-19 и исследует то, как закон применялся в отношении предыдущих ЧСЗ. Этот Отчет стремится выйти за рамки Пандемии COVID-19, но Картирование позволило собрать лишь ограниченный объем информации о юридических мерах, принятых в отношении других ЧСЗ, не относящихся к Пандемии COVID-19.

Результаты Картирования и настоящий Отчет уделяют первоочередное внимание национальному законодательству, касающемуся ЧСЗ. При этом анализ законов о ЧСЗ невозможно провести без понимания глобальной правовой структуры для ЧСЗ, многие компоненты которой использовались для укрепления национального потенциала. Таким образом, в Отчете также рассматриваются масштабы, в которых международные инструменты влияют на национальную правовую структуру для ЧСЗ. Наиболее важными из них являются Международные медико-санитарные правила (ММСП), юридически обязательный инструмент, цель которого заключается в «предотвращении международного распространения болезней, предохранении от них, борьбе с ними и принятии ответных мер на уровне общественного здравоохранения, которые соизмеримы с рисками для здоровья населения и ограничены ими и которые не создают излишних препятствий для международных перевозок и торговли».¹⁸ Риски и последствия для общественного здравоохранения упоминаются в руководящих принципах и приоритетах Сендайской рамочной программы по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы (далее «Сендайская рамочная программа»),¹⁹ которые были дополнены Бангкокскими принципами реализации аспектов здравоохранения из Сендайской рамочной программы (далее «Бангкокские принципы»).²⁰ Эти Принципы подчеркивают важнейшую роль укрепления координации в снижении рисков для здоровья населения вследствие биологических опасностей; они поощряют систематическое сотрудничество, интеграцию и согласованность между управлением рисками бедствий и рисками для общественного здравоохранения. Тем не менее, как мы увидим, сохраняется обеспокоенность по поводу того, что Государства не всегда выполняют свои международные обязательства или же не отдают им должного приоритета.

Вследствие Пандемии COVID-19 практически все правительства в мире были вынуждены применять законодательство об общественном здравоохранении, которое часто могло быть относительно устаревшим, и большинство из них принимали новые законы, чтобы поддержать ответные меры. В ходе подготовки Отчета было проведено картирование и рассмотрено более 1000 законодательных актов; они являются лишь малой частью законов о ЧСЗ, принятых во всем мире. Таким образом, Пандемия COVID-19 дает повод и возможность оценить текущее состояние законодательства о ЧСЗ на международном и национальном уровнях и рассмотреть, какие улучшения в законодательстве и практике могут потребоваться для лучшей подготовки к очередной ЧСЗ.

К сожалению, угрозы ЧСЗ постоянно растут. Как сообщили Всемирный банк и Совет по мониторингу глобальной готовности (СМГГ) ВОЗ, за последнее столетие разработки и инновации:

«создали беспрецедентную уязвимость к быстро распространяющимся инфекционным заболеваниям, так как способствовали росту и мобильности населения, ухудшали климат, усиливали взаимозависимость и порождали неравенство. Уничтожение тропических дождевых лесов увеличивало риски передачи вирусов от диких животных к человеку. Мы создали мир, в котором единичное происшествие может обернуться глобальной катастрофой... Инфекционные заболевания подпитывают раздоры в социуме, которые могут быть смертельно опасны».²¹

К предупреждению СМГГ нужно относиться крайне серьезно. В своем годовом отчете за 2019 год СМГГ опубликовал такой совет:

«В то время как заболевания всегда были частью жизни человека, переплетение глобальных тенденций, включая незащищенность и экстремальные погодные условия, повысило риски. Беззаконие — благодатная почва для заболеваний. В последние десятилетия заболевания вспыхивают все чаще, приближая угрозу глобальной чрезвычайной ситуации в области здравоохранения. Если принимать высказывание «прошлое — это лишь пролог» за правду, то существует вполне реальная угроза быстроразвивающейся смертельной пандемии респираторного патогена, которая унесет жизни 50–80 миллионов человек и уничтожит почти 5% мировой экономики. Пандемия такого масштаба может стать катастрофой, которая приведет к огромным разрушениям, нестабильности и незащищенности. Мир не готов к такому».²²

Как показал 2020 год, мир действительно был не готов.

1.2 / МЕТОДОЛОГИЯ

Этот Отчет основан на результатах камеральных исследований на уровне разных стран (далее «**Картирование**»), проведенных в два этапа.

Первый этап — картирование чрезвычайных декретов в ответ на COVID-19 в 113 странах (далее «**Картирование чрезвычайных декретов**») — был завершен на начальных этапах реагирования на Пандемию COVID-19 в марте–мае 2020 года. Картирование было необходимо провести ввиду того, что компоненты Сети МФОКК и КП столкнулись с проблемами осуществления деятельности из-за ограничений, связанных с COVID-19. Соответственно, основное внимание уделялось чрезвычайным декретам и чрезвычайным мерам, принятым специально для борьбы с COVID-19, координации действий между различными субъектами, типам ограничений, вводимых для сдерживания распространения COVID-19, и юридическим возможностям для гуманитарных организаций, в том числе для компонентов Сети МФОКК и КП. С обзорами можно ознакомиться на [веб-сайте Программы закона о бедствиях МФОКК и КП](#).

Второй этап камерального исследования на уровне разных стран (далее «**Картирование ЧСЗ**») включал более детальную оценку (а) правовой и институциональной структуры для ЧСЗ и (b) роли закона в смягчении видов вторичного воздействия и воздействия на уязвимые группы в странах, перечисленных ниже. Государства картирования выбирались так, чтобы обеспечить широкий географический охват и учесть различный опыт борьбы с COVID-19. Для этого Программа закона о бедствиях МФОКК и КП включила несколько стран, которые столкнулись с серьезной ЧСЗ, не относившейся к COVID-19 (например, лихорадка Зика, лихорадка Эбола, атипичная пневмония). Вопросы в материалах картирования были составлены так, чтобы собрать больше информации о других ЧСЗ, а также о Пандемии COVID-19. Однако большинство ответов на вопросы в материалах картирования касалось безотлагательных мер, принятых для борьбы с COVID-19.

Картирование ЧСЗ рассматривало следующие Государства:

- Африканский регион: Демократическая Республика Конго, Либерия, Нигерия, Сьерра-Леоне, Южная Африка.
- Регион Северной и Южной Америки: Бразилия, Гондурас, Колумбия, США (в том числе отдельные материалы картирования для Флориды и Нью-Йорка) и Ямайка.
- Азиатско-Тихоокеанский регион: Австралия (в том числе отдельные материалы картирования для Нового Южного Уэльса и Виктории), Вануату, Вьетнам, Индия, Китай, Маршалловы острова, Монголия, Новая Зеландия, Папуа-Новая Гвинея, Республика Корея, Самоа, Сингапур, Соломоновы острова, Таджикистан, Тувалу, Фиджи и Шри-Ланка.
- Европейский регион: Болгария, Великобритания и Испания.
- Ближний Восток и Северная Африка: Иран и Объединенные Арабские Эмираты.

С результатами Картирования можно ознакомиться на [веб-сайте Программы закона о бедствиях МФОКК и КП](#).

Во время распространения Пандемии COVID-19 и принятия глобальных мер реагирования были проведены исследования, осуществлен анализ и опубликованы комментарии в значительном масштабе. Большинство из них связано с научными и медицинскими проблемами Пандемии, политическими или оперативными мерами реагирования, а некоторые относятся к правовым и организационным аспектам реагирования. Когда это возможно, Отчет опирается на результаты этих дополнительных исследований. Однако ввиду появления все большего объема материалов Отчет не может претендовать на всесторонний анализ этой литературы. Поэтому следует проявлять осмотрительность при изучении результатов картирования. Картирование чрезвычайных декретов было проведено в начале Пандемии COVID-19, когда Государства вводили экстренные меры для предотвращения распространения заболевания. С тех пор многие Государства изменили, заменили или ослабили эти меры. Следовательно, меры, указанные в материалах Картирования, могут либо больше не применяться, либо остались такими же. Ссылки на законы, приведенные в материалах Картирования, либо могут больше не функционировать, либо могут быть устаревшими. Аналогичным образом, несмотря на то, что Картирование ЧСЗ было проведено в более поздний период Пандемии, его результаты также могли утратить актуальность в связи с последующими событиями. Следовательно, меры, упомянутые в материалах Картирования ЧСЗ (и, тем самым, в этом Отчете), тоже могли быть изменены или заменены.

Некоторые материалы Картирования были подготовлены волонтерами, работавшими или проходившими обучение в том или ином Государстве, другие — волонтерами, которые находились за его пределами. Поэтому

использовались те материалы, которые были доступны в сети Интернет или в СМИ. Возможно, Пандемия COVID-19 стала первым бедствием, когда Государства использовали онлайн-ресурсы для широкого распространения соответствующей информации. При изучении материалов Картирования и соответствующих выводов нужно было учитывать тот факт, что доступ к материалам в некоторых Государствах мог быть ограничен.

Эти оговорки тоже актуальны для ссылок на конкретные законы или политики в этом Отчете. Целью Проекта является выявление передовой практики путем изучения законов, которые можно считать моделями или прецедентами. Однако бывают случаи, когда выявляются потенциальные пробелы или противоречия, и в иллюстративных целях может быть процитирован конкретный законодательный акт. Следует отметить, что при этом Отчет не ставит своей целью каким-либо образом раскритиковать отдельные Государства. Это было бы несправедливо с учетом оговорок, указанных выше в отношении информации, содержащейся в материалах Картирования. Это также было бы нецелесообразно, поскольку заинтересованные Государства не имели возможности разъяснить тот или иной закон или политику. Следовательно, если конкретные законодательные акты, политики или руководящие принципы воспринимаются как критикуемые в этом Отчете, то это не так, поскольку намерение состоит в том, чтобы проиллюстрировать то, как могут возникать пробелы, противоречия и т. д. При этом в Отчете не высказывается точка зрения о том, что они вызывают какие-либо проблемы или являются неуместными.

Для данного Отчета также необходимо сделать более общую оговорку. Отчет был написан в конце 2020 — начале 2021 года, когда Пандемия была еще далека от завершения. Когда Пандемия действительно закончится, несомненно, будет проведено множество анализов и дискуссий о законах и мерах, позволивших снизить инфекцию и ограничить распространение заболевания, а также о законах и мерах, которые имели неприемлемые или непреднамеренные последствия. Хотя было бы желательно провести анализ того, какие из законов и мер могли оказать положительное влияние, данный Отчет не может сделать это, потому что еще слишком рано делать выводы. Более того, было бы неуместно делать такие выводы, основываясь исключительно на информации, доступной в материалах Картирования, потому что законы не действуют в вакууме. Эффективность законодательства зависит не только от его содержания, но и от того, как оно реализуется.

В некоторых Государствах удалось успешно сдержать вирус или добиться его эффективной ликвидации. Законодательство, которое эти Государства использовали при реагировании на COVID-19, возможно, способствовало таким успехам, но на данном этапе этого нельзя сказать наверняка. Есть и другие Государства, которые, как считается, имеют комплексные структуры для подготовки к ЧСЗ, однако, исходя из чистой статистики (то есть количества случаев заражения и смертей), некоторые из них, по-видимому, показали худшие результаты. Природа вируса, конкретные местные условия, восприимчивость определенных групп, операционные задержки, неэффективность реализации и влияние других чрезвычайных ситуаций или бедствий, происходящих одновременно, могут обуславливать успех или неудачу принятых мер.

Следовательно, в Отчете может быть сделана попытка использовать информацию, содержащуюся в материалах Картирования, только для того, чтобы изложить ряд наблюдений, предложений и рекомендаций. Поскольку последствия Пандемии COVID-19 еще предстоит изучить в будущем, многие из выводов могут быть только предварительными.

Кроме того, существует ряд вопросов юридического характера, выходящих за рамки настоящего Отчета, в том числе некоторые вопросы, которые могут быть должным образом проанализированы только на более поздней стадии пандемии. Вопросы, выходящие за рамки настоящего Отчета, включают: (1) «инфодемические» правовые вопросы, в том числе средства передачи информации во время ЧСЗ и то, как она представлена, особенно проблемы, связанные с публикацией ложной информации; (2) вопросы, связанные с санкциями за нарушение правил изоляции и других чрезвычайных мер; (3) правительственные полномочия для медицинских и фармацевтических организаций частного сектора; (4) требования к наблюдению и вопросы конфиденциальности (в том числе в отношении мобильных приложений, а также, в особенности, обязательного использования данных и доступа к ним); (5) страхование респондентов (включая волонтеров) и их доступ к медицинской помощи; (6) приоритизацию вакцин, обязательную вакцинацию и паспорта вакцинации. Все эти вопросы, несомненно, будут рассмотрены в будущих исследованиях.



Нидерланды, 2021 г. Национальное общество Красного Креста Нидерландов оказывает поддержку региональным службам здравоохранения страны в проведении программы вакцинации против COVID-19.

© Красный Крест Нидерландов / Арье Киевит

1.3 / СТРУКТУРА ОТЧЕТА

Отчет состоит из четырех основных частей. Эта Часть (Часть А) состоит из двух Глав. В Главе 1 делается попытка объяснить предысторию и контекст Проекта. В Главе 2 рассматривается характер ЧСЗ и приводятся примеры предыдущих ЧСЗ.

В Части В рассматриваются существующие правовые и институциональные структуры, касающиеся ЧСЗ: общая архитектура систем управления рисками ЧСЗ. Сначала исследуются глобальные структуры, в соответствии с которыми должны действовать национальные системы управления рисками ЧСЗ (Глава 3), в частности многосторонние Международные медико-санитарные правила. В Главе 4 подробно рассматриваются внутренние правовые и институциональные структуры для обеспечения готовности к ЧСЗ и реагирования на них. Особое внимание уделяется типам субъектов, вовлеченных в подготовку к ЧСЗ и реагированию на них, а также способам координации и сотрудничества. В Главе также кратко рассматривается то, как способствовать пониманию основными субъектами и широкой общественностью применимых законов и политик и как проводить работу над ошибками, допущенными в ходе ЧСЗ. Чрезвычайные полномочия и триггеры для их использования рассматриваются в Главе 5 вместе с проблемами, возникающими при объявлении ЧСЗ, состояний бедствия (СБ) или чрезвычайных положений (ЧП).

В Части С рассматривается роль закона в смягчении воздействия ЧСЗ на уязвимые группы и в смягчении видов вторичного воздействия (например, на мобильность людей, жилье, источники доходов и образование). В Отчете об обеспечении готовности к бедствиям и реагировании на них (далее «**Отчет о ГРБ**»)²³, подготовленном в рамках Программы закона о бедствиях МФОКК и КП, рассматривается, что некоторые уязвимые группы могут подвергаться особому риску бедствий. К ним относятся: женщины и девочки (которые могут подвергаться дискриминации и/или сексуальному и гендерному насилию (**СГН**)), дети, пожилые люди, люди с ограниченными возможностями, мигранты (включая просителей убежища и внутренне перемещенных лиц), маргинализированные расово-этнические группы и сообщества коренного населения. Помимо прочего, ЧСЗ могут обнажить уязвимости в других группах, которые обычно не рассматриваются как особо восприимчивые к воздействию бедствий. Таким образом, используя информацию, представленную в материалах Картирования, Часть С рассматривает:

- воздействие ЧСЗ на мобильность людей, включая влияние закрытия границ и ограничений на поездки в связи с ЧСЗ;
- инициативы, направленные на решение связанных с ЧСЗ проблем бездомных, а также меры, принятые для предотвращения потери жилья (как экономическое последствие ЧСЗ);
- воздействие ЧСЗ на группы, уязвимые или восприимчивые к соответствующему заболеванию;
- более широкое социальное воздействие ЧСЗ, включая:
 - потерю источников дохода и отсутствие доступа к предметам первой необходимости, в том числе к регулярным медицинским услугам;
 - невозможность получить образование из-за закрытия школ и несправедливость требований к онлайн-обучению;
 - рост домашнего насилия и проблем с защитой детей, отчасти из-за «локдаунов» или предписаний «оставаться дома»;
 - имела ли место (и в какой степени) дискриминация в отношении меньшинств или маргинализированных групп (например, мигрантов, коренных народов) по части доступа к медицинским услугам и программам государственной помощи.

Часть D посвящена юридическим возможностям для гуманитарных организаций и других групп быстрого реагирования (в национальном и международном масштабе). Анализ основан преимущественно на результатах Картирования чрезвычайных декретов в отношении COVID-19 и на результатах изучения влияния ограничений на пересечение границ, внутренние поездки, деловую активность, а также импорт и экспорт основных предметов снабжения, таких как СИЗ.

1.4 / РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РУКОВОДЯЩИЕ УКАЗАНИЯ

В Отчете дается ряд рекомендаций. Они были сформулированы на основе доказательств и передовой практики, раскрытых в результатах Картирования чрезвычайных декретов и ЧСЗ, литературе, предыдущих обзорах и исследованиях в области ЧСЗ, а также на опыте и знаниях Сети МФОКК и КП.

Как упоминалось в предыдущих разделах, опыт, полученный в связи с Пандемией COVID-19, все еще предстоит изучить, и в серии запросов обязательно будет рассмотрен вопрос улучшения процесса управления рисками ЧСЗ. Таким образом, рекомендации в этом Отчете носят предварительный и общий характер. Рекомендации не носят строго директивный характер и не стремятся навязать государствам определенный тип структуры управления рисками ЧСЗ. Вместо этого они направлены на определение основных правовых вопросов, которые необходимо учитывать директивным органам. Кроме того, они обеспечивают общие рекомендации о том, как законы в отношении ЧСЗ могут, аналогично более распространенным законам о бедствиях, поддержать основные компоненты эффективного и справедливого обеспечения готовности и реагирования.

Многие Государства уже приняли ряд замечаний и предложений, содержащихся в Отчете, большинство из которых основаны на уже применяемых законах и передовой практике. В других Государствах рекомендации могут быть неприменимы или уже были рассмотрены, но выбраны альтернативы.

Очевидно, что в некоторых случаях одни рекомендации могут быть важнее, чем другие, однако им не была присвоена какая-либо приоритетность. Хотя рекомендации, относящиеся к существующим международно-правовым обязательствам Государств, явно имеют фундаментальное значение, приоритетность всех рекомендаций будет зависеть от обстоятельств в отдельных Государствах, в том числе, например, от правовой системы каждого Государства, его административных и управленческих структур, механизмов финансирования и возможностей. Основываясь на этом Отчете, Программа закона о бедствиях МФОКК и КП опубликует краткий руководящий документ для оказания поддержки правительствам, Национальным обществам и другим заинтересованным сторонам в укреплении законов, касающихся обеспечения готовности к ЧСЗ и реагирования на них. Этот руководящий документ будет дополнять и составлять часть более широкой структуры руководящих указаний, выпущенных Программой закона о бедствиях МФОКК и КП, в том числе Контрольного списка МЗРБ, Контрольного списка для законодательства и снижения риска бедствий (Контрольный список для СРБ) и Контрольного списка для законодательства, подготовки к бедствиям и реагированию на них (Контрольный список для ГРБ).

Уганда, 2017 г. Национальное общество Красного Креста Уганды в координации с Министерством здравоохранения создало сильную систему волонтерства сообщества. Эта система помогает остановить распространение лихорадки Эбола путем обнаружения вспышек на ранней стадии. © МФОКК и КП / Корри Батлер



Либерия, 2014 г. Член команды Красного Креста по обращению с телами умерших готовится к проведению дезинфекции дома, где зафиксирован случай смерти с подозрением на Эболу (район Вест-Пойнт в Монровии, Либерия).

© МФОККИКП / Виктор Лакен



2 / ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1 / ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В этом Отчете основное внимание уделяется законам, относящимся к конкретному типу бедствий — чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения (**ЧСЗ**). Использование и понимание терминологии имеют основополагающее значение. Это может отразиться на основных действиях, например: активация исключительных положений; распределение обязанностей; оповещение Всемирной организации здравоохранения (**ВОЗ**) или других Государств о событиях, связанных со здравоохранением, в частности о ЧСЗ. Однако само понятие «общественное здравоохранение» не всегда ясно, и разные Государства и субъекты используют разные определения термина «чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения». Несмотря на всеобщее признание заразных заболеваний и инфекций в качестве опасностей для здоровья населения и причин ЧСЗ, больше сомнений вызывают другие — как правило, медленно наступающие опасности для здоровья населения. Устойчивость к противомикробным препаратам (**УПП**) является одним из примеров. Она признана как потенциально значительный риск для здоровья населения в долгосрочной перспективе, но включена в планы по ЧСЗ только небольшого числа Государств выборки.²⁴ В некоторых определениях ЧСЗ нет однозначности в том, подпадает ли УПП под категорию ЧСЗ.

Несмотря на то, что на международном уровне проделана значительная работа по установлению общей терминологии для бедствий, ЧСЗ не особенно часто фигурируют в ней. К примеру, Отчет межправительственной рабочей группы экспертов открытого состава по индикаторам и терминологии, касающимся снижения риска бедствий (**МРГОС**),²⁵ включает чрезвычайные ситуации в области здравоохранения в свой комментарий к определению «бедствия», но не определяет их точный характер. Аналогичным образом, предложенное определение бедствия, принятое Комиссией международного права, достаточно широкое, чтобы охватывать ЧСЗ,²⁶ но оно больше относится к другим типам бедствий. Возможно, в этом нет ничего удивительного. Хотя Сендайская рамочная программа послужила катализатором значительного улучшения общих законов об УРБ на национальном уровне, управлению рисками ЧСЗ уделялось меньше внимания. И это несмотря на важность заболеваний (и других рисков для здоровья населения) как прямого риска бедствий (**первичные ЧСЗ**), а также косвенного риска после других бедствий (**вторичные ЧСЗ**).

Однако одно определение ЧСЗ становится все более популярным. На удивление, это определение принято ВОЗ. Оно определяет ЧСЗ как:

«возникновение заболевания или неминуемая угроза состоянию здоровья в связи с биотерроризмом, эпидемией или пандемией, или новым и крайне смертельным инфекционным агентом или биологическим токсином, который несет значительный риск смертельного исхода или инцидентов среди людей, или постоянной или длительной инвалидности».²⁷

Несмотря на существование альтернативных определений, даже в самой ВОЗ,²⁸ это определение принято для целей настоящего Отчета. Это довольно широкое определение. Оно охватывает пандемическое заболевание и «чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение», — термин, используемый в Международных медико-санитарных правилах (см. раздел 3.3). Оно также охватывает вспышки заболеваний более локального характера (например, вспышки, эпидемии) и выбросы агентов или токсинов.

2.2 / ВСПЫШКИ, ЭПИДЕМИИ И ПАНДЕМИИ

В этом Отчете основное внимание уделяется наиболее распространенным типам ЧСЗ, таким как вспышки инфекций и заболеваний, эпидемии, а там, где эпидемия распространилась по всему миру, — пандемии. ВОЗ дает следующее определение эпидемии:

«возникновение в местности или регионе случаев заболевания, специфичного отношения населения к своему здоровью или других связанных со здравоохранением событий, которые явно выходят за пределы нормы. Данные о местности или регионе и периоде времени, где и когда произошли такие случаи, фиксируются тщательнейшим образом. Число случаев, указывающих на возникновение эпидемии, варьируется в зависимости от агента, численности и категории населения, подвергающегося опасности заражения, предыдущего опыта или отсутствия подверженности заболеванию, а также от времени и места возникновения».²⁹

Под пандемией понимается «глобальное распространение нового заболевания»³⁰ или «глобальная вспышка заболевания среди людей в количествах, явно выходящих за пределы нормы».³¹

В отличие от биотерроризма и УПП, подобные события явно не новы. На протяжении веков чума была самой регулярной и смертельной болезнью, например Юстинианова чума в 540–590 годах нашей эры и «Черная смерть» XIV века. После Черной смерти были неоднократные случаи бубонной чумы (в том числе Великой чумы 17 века), которые происходят и по сей день.³² В XIX веке были распространены холера и брюшной тиф. В результате вспышек был впервые принят согласованный и широко распространенный подход к использованию законодательства для борьбы с инфекционными заболеваниями. Например, Закон об эпидемиях в Индии 1897 года, который пригодился в период Пандемии COVID-19, был принят после вспышек бубонной чумы в Мумбаи в конце XIX века.

Период с 1918 года и далее описывают как «век пандемий».³³ Неслучайно этот период также отмечен как эпоха международных путешествий и глобализации. Мы все знаем о череде крупных ЧСЗ, произошедших в мире. Пандемия гриппа 1918 года, по оценкам, привела к заражению трети мирового населения и смерти не менее 40 миллионов человек во всем мире. Другие пандемии гриппа следовали через регулярные промежутки времени. Пандемии в 1957 и 1968 годах вызвали серьезные заболевания, в основном среди молодых и пожилых людей, и привели, по оценкам, к 1–4 миллионам смертей во всем мире. Пандемия гриппа типа H1N1 в 2009 году была менее серьезной, но была первой болезнью, объявленной ВОЗ чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (**ЧСЗМЗ**).

За последние 35 лет было выявлено много новых инфекционных заболеваний. Большинство новых инфекционных заболеваний носят зоонозный характер. Другими словами, они естественным образом передаются, прямо или косвенно, между позвоночными животными и людьми. Одним из примеров является тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, англ. SARS), или атипичная пневмония, — респираторное вирусное заболевание, вызываемое коронавирусом. Вспышка атипичной пневмонии, возникшая в Азии в ноябре 2002 года, в конечном итоге распространилась почти на два десятка стран Азии, Северной Америки, Южной Америки и Европы. К моменту сдерживания заболевания в июле 2003 года во всем мире пострадали более 8000 человек, из которых более 750 умерли.

Еще одно относительно новое заболевание — болезнь, вызванная вирусом Эбола (**БВВЭ**).³⁴ БВВЭ — это серьезное, острое заболевание со средней летальностью около 50%. Считается, что болезнь передается человеку при тесном контакте с кровью или другими биологическими жидкостями инфицированных животных. Передача БВВЭ между людьми происходит при прямом контакте с кровью или биологическими жидкостями зараженного человека. Лихорадка Эбола 2013–2016 годов, как полагают, вспыхнула в Гвинее в декабре 2013 года и перешла границы Сьерра-Леоне и Либерии в конце марта и начале апреля 2014 года. 8 августа 2014 года ВОЗ объявила ЧСЗМЗ. После этого объявления международное сообщество направило в пострадавшие страны дополнительные ресурсы в рамках Миссии ООН по чрезвычайному реагированию на Эболу. ВОЗ объявила о завершении ЧСЗМЗ в мае 2015 года. К этому времени было зарегистрировано около 29 000 случаев заражения и 11 300 случаев смерти. Эбола остается серьезной угрозой. 1 августа 2018 года в Северном Киву (ДРК) объявлена вспышка БВВЭ. 17 июля 2019 года ВОЗ объявила эту вспышку ЧСЗМЗ.³⁵ 25 июня 2020 года было объявлено о завершении ЧСЗМЗ.³⁶ К этому моменту было зарегистрировано 3470 случаев заражения и 2287 случаев смерти. Еще совсем недавно, 7 и 14 февраля 2021 года, министерства здравоохранения ДРК и Гвинеи объявили о новых вспышках БВВЭ.



Бразилия, 2016. Члены Бразильского Красного Креста в штате Риу-Гранди-ду-Норти изучают информацию о вирусе Зика. © IFRC / Мигель Доминго Гарсия

Другой известной эпидемией стала вспышка ближневосточного респираторного синдрома (БВРС, англ. **MERS**), который впервые был выявлен в Саудовской Аравии в 2012 году. Коронавирус БВРС (БВРС-КоВ, англ. MERS-CoV), как полагают, возникает среди летучих мышей и передается через верблюдов. Около 35% людей, у которых диагностировано заболевание, умирают от него, но вирус не передается от человека к человеку без тесного контакта. По состоянию на январь 2020 года было зарегистрировано около 2500 случаев заражения, при этом более крупные вспышки произошли в Республике Корея в 2015 году и Саудовской Аравии в 2018 году.³⁷

Вспышка вируса Зика произошла в 2015 году. Возникнув в Бразилии, вирус был перенесен комарами через Южную и Центральную Америку в Карибский бассейн. При передаче от инфицированной беременной женщины ее плоду болезнь может вызвать микроцефалию и другие серьезные аномалии развития головного мозга у младенца и привести к синдрому Гийена-Барре у взрослых. В феврале 2016 года ВОЗ объявила эту вспышку ЧСЗМЗ.

И наконец, Пандемия COVID-19. Пандемия COVID-19 вызвана новым коронавирусом SARS-CoV-2, который, как полагают, возник в Ухане (Китайская Народная Республика) в декабре 2019 года. ВОЗ была уведомлена о вирусе 31 декабря 2019 года. Как и в случае со многими другими вспышками заболеваний, описанными выше, считается, что вирус возник среди летучих мышей и потенциально передавался людям через млекопитающих (промежуточных переносчиков). Как уже упоминалось, на сегодняшний день подтверждено более 99 миллионов случаев заражения COVID-19 и более 2 миллионов случаев смерти.

Однако эти хорошо известные ЧСЗ являются лишь небольшой выборкой событий в области общественного здравоохранения, которые могут оказать значительное влияние на здоровье и экономику отдельных стран или регионов. Вспышка чумы в Сурате (Индия) в 1994 году привела к потере 260 миллионов долларов в сфере торговли, 420 миллионов долларов в сфере экспорта и нанесла общий ущерб экономике, включая ущерб туризму, на сумму более 2 миллиардов долларов.³⁸ Такие ЧСЗ гораздо более распространены, чем может представить себе широкая общественность. Количество произошедших ЧСЗ освещается в публикуемых ВОЗ новостях о вспышках заболеваний. В 2018 и 2019 годах ВОЗ сообщила о 91³⁹ и 119 вспышках соответственно.⁴⁰ До конца октября 2020 года ВОЗ в своих новостях опубликовала 64 предупреждения о вспышках болезней, 58 из которых не относились к COVID-19: 29 из них касались лихорадки Эбола в ДРК; 7 касались БВРС; а остальные были связаны со случаями, например, желтой лихорадки (во Французской Гвиане, Габоне, Того, Эфиопии, Чили и Уганде), лихорадки Ласса (в Нигерии), а также лихорадки Денге и вирусов Майя и Оропуче (во Французской Гвиане).⁴¹

2.3 / БИОТЕРРОРИЗМ

Другой тип ЧСЗ, включенный в определение ВОЗ, — это биотерроризм. Он определяется как преднамеренное распространение вирусов, бактерий или других микробов, которые могут вызвать болезнь или уничтожение людей, домашнего скота или сельскохозяйственных культур.⁴² К счастью, инциденты, связанные с преднамеренным распространением агентов и токсинов, случались редко. Это не новое явление: имеются документальные свидетельства неизбирательного применения химикатов, особенно газов, Государствами во время войн.⁴³ В недавнем прошлом имели место злонамеренные нападения отдельных лиц или групп, например атаки с применением нервно-паралитического газа культом Аум Синрикё в Японии в 1994 и 1995 годах и отправка писем с сибирской язвой в средства массовой информации в США в 2001 году, в результате чего погибли 19 и 5 человек соответственно. Поскольку ни один из материалов Картирования ЧСЗ не содержит конкретных комментариев, связанных с биотерроризмом, в этом Отчете он подробно не рассматривается.

2.4 / МЕДЛЕННО НАСТУПАЮЩИЕ И ДРУГИЕ РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Определение ВОЗ для ЧСЗ не охватывает — по крайней мере, явным образом — проблемы со здоровьем, которые по своей природе являются (1) постоянными и постоянно присутствующими [прим.: эндемические заболевания] или (2) медленно прогрессирующими. Грубая аналогия может заключаться в том, что для управления рисками ЧСЗ такие проблемы — это же самое, что изменение климата для более широкой области УРБ: потенциально столь же разрушительные, но в отличие от неминуемого или внезапно наступающего бедствия, они, возможно, на сегодняшний день не получили признания или важности, которой они заслуживают в законодательстве и структуре, касающейся УРБ/управления рисками ЧСЗ.

В первую категорию входят эндемические (т. е. постоянные и постоянно присутствующие) заболевания, такие как малярия или ВИЧ/СПИД.⁴⁴ В 2019 году во всем мире было зарегистрировано 229 миллионов случаев малярии, в результате чего погибло 409 000 человек.⁴⁵ По оценкам, 38 миллионов человек продолжают жить с ВИЧ/СПИДом.⁴⁶ Однако, как мы увидим в следующей главе, эти типы заболеваний не являются чрезвычайными происшествиями и, следовательно, не относятся к ЧСЗМЗ. Кроме того, согласно Картированию ЧСЗ, они не могут рассматриваться национальным законодательством как ЧСЗ.

Во вторую категорию входят более широкие проблемы общественного здравоохранения, медленно прогрессирующие и представляющие собой долгосрочные риски. Возможно, наиболее серьезным риском в этой категории является устойчивость к противомикробным препаратам (**УПП**), когда они теряют эффективность при лечении инфекций, вызванных такими микроорганизмами, как бактерии, вирусы или паразиты. Когда антибиотики становятся неэффективными, даже небольшая операция несет высокий риск серьезной инфекции или же смерти. Необходимость решения проблемы УПП была признана в Глобальном плане действий ВОЗ по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам⁴⁷, одобренным Генеральной Ассамблеей ООН в политической декларации 2016 года.⁴⁸ За одним исключением,⁴⁹ ни в одном из материалов Картирования ЧСЗ не упоминается УПП или другие медленно наступающие риски для здоровья населения, поэтому они не рассматриваются подробно в этом Отчете. Тем не менее в долгосрочной перспективе любая система управления рисками ЧСЗ должна учитывать эти риски.



Соломоновы Острова, 2009 г. Moskitные сетки постав-
ляются в рамках подготовки к сезону вспышек малярии,
который длится с декабря по июнь и особенно опасен для
детей. Представители Национального общества Красного
Креста считают появление малярии на Соломоновых
островах следствием глобального потепления.
© МФОККИКП / Роб Фью

ЧАСТЬ В

ПРАВОВАЯ И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДЛЯ ЧСЗ



© Красный Крест Нидерландов

3 / ГЛОБАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ СТРУКТУРЫ

3.1 / ВВЕДЕНИЕ

Основная цель настоящего Отчета — проанализировать национальную правовую и институциональную структуру для ЧСЗ. Внутренняя архитектура ЧСЗ обычно формируется на национальном уровне, но глобальные инициативы и инструменты имеют важное влияние. Поэтому в данной Главе рассматриваются глобальные предпосылки для разработки национального законодательства и то влияние, которое они могут оказать на расширение национальных возможностей, касающихся ЧСЗ.

Во время завершения составления этого Отчета ряд мировых лидеров призвали к созданию нового глобального договора о пандемии, который позволит создать более совершенные системы оповещения людей о потенциальных пандемиях и улучшить обмен данными. К тому же договор позволит лучшим образом распространять вакцины и средства индивидуальной защиты.⁵⁰ Положения нового договора еще предстоит определить. При этом есть вероятность, что исследования и рекомендации, представленные в этой Главе и других частях Отчета, будут иметь непосредственное отношение к такому договору. В частности, в разделе 3.4 этой Главы содержится ряд рекомендаций по вопросам, которые следует учитывать при последующем обзоре ММСП. Многие из этих вопросов также следует учитывать при разработке любого нового международного договора, касающегося ЧСЗ.

3.2 / ГЛОБАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Задолго до появления COVID-19 мировое сообщество обращало внимание на необходимость улучшения структур общественного здравоохранения. В основе этой деятельности лежали медико-санитарные правила, призванные противостоять трансграничному распространению инфекции. На их основе в 2005 году были разработаны Международные медико-санитарные правила (ММСП). Требования ММСП и их влияние на национальное управление рисками ЧСЗ будут подробно рассмотрены позже в этой Главе (в разделе 3.3). Перед этим рассматривается ряд международных инструментов и инициатив, которые иллюстрируют глобальные усилия по улучшению национальных законов и политик в отношении ЧСЗ и помещают ММСП в соответствующий контекст.

3.2.1 / Цели в области устойчивого развития

Одним из основных компонентов всеобъемлющей глобальной структуры являются Повестка дня ООН для достижения устойчивого развития на период до 2030 года и Цели в области устойчивого развития (ЦУР).⁵¹ Улучшение системы здравоохранения и снижение риска и воздействия ЧСЗ — это действия, направленные на достижение множества ЦУР, в частности Цели 3 («обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте») и Цели 11 («обеспечение открытости, безопасности, жизнестойкости и экологической устойчивости городов и населенных пунктов»). Особое значение для этого Отчета имеет задача 3.d, поставленная в рамках ЦУР 3, — «укрепить потенциал всех стран, особенно развивающихся, в области раннего предупреждения и сокращения национальных и глобальных рисков для здоровья, а также управления этими рисками». ⁵² Включение этой задачи в ЦУР 3 подчеркивает, что укрепление потенциала в сфере управления рисками ЧСЗ является одним из аспектов устойчивого развития, требующим поддержки и участия субъектов сотрудничества в целях развития. Другие задачи в рамках ЦУР 3, имеющие отношение к этому Отчету, включают:

- прекращение эпидемий СПИДа, туберкулеза, малярии и запущенных тропических заболеваний, а также борьба с гепатитом, заболеваниями, передающимися через воду, и другими инфекциями;⁵³
- обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, расширение доступа к качественным основным медико-санитарным услугам и доступа к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам;⁵⁴
- поддержка исследований и разработок вакцин и лекарственных средств от инфекционных и неинфекционных заболеваний, от которых в первую очередь страдают развивающиеся страны.⁵⁵



Бангладеш, Кокс-Базар, 2021 г. Медсестра Масуда Первин готовится к проведению вакцинации против COVID-19. В Кокс-Базаре Национальное общество Красного Полумесяца Бангладеш при поддержке партнеров Движения тесно сотрудничает с государственными органами и иными учреждениями с целью оказания помощи в реализации профилактических и предупредительных мер борьбы с COVID-19 © МФОККиКП / Ибрахим Моллик

3.2.2 / Глобальная повестка дня в области безопасности здоровья

Глобальная повестка дня в области безопасности здоровья (**ГПДБЗ**), запущенная в 2014 году, предусматривает партнерство между Государствами, международными организациями, НПО и частным сектором для «реализации видения такого мира, который безопасен и защищен от глобальных угроз здоровью, создаваемых инфекционными заболеваниями».⁵⁶ Рамочная программа ГПДБЗ на период до 2024 года «направлена на продвижение многоотраслевого подхода, содействие соблюдению международных стандартов в области защиты здоровья человека и животных, совместное выявление приоритетов и устранение пробелов в области глобальной безопасности здоровья, а также продвижение устойчивого финансирования глобальных усилий по обеспечению безопасности здоровья во всех соответствующих отраслях».⁵⁷ Основная цель ГПДБЗ — «работа с соответствующими партнерами для активного содействия национальным, региональным и глобальным усилиям по поддержке стран в оценке, планировании, мобилизации ресурсов и реализации мероприятий, направленных на укрепление потенциала в области безопасности здоровья».⁵⁸ Рамочная программа признает необходимость взаимодействия с другими глобальными процессами и субъектами обеспечения глобальной безопасности в области здравоохранения, включая ВОЗ, Продовольственную и сельскохозяйственную организацию, Всемирную организацию по охране здоровья животных, Группу Всемирного банка и Альянс по СВО (многосторонний альянс, созданный для содействия процессам страновой оценки и последующему наращиванию потенциала стран).⁵⁹ Цель ГПДБЗ на период до 2024 года, неразрывно связанная с реализацией основных возможностей ММСП, заключается в том, чтобы более 100 стран завершили оценку потенциала в области безопасности здоровья и провели планирование и мобилизацию ресурсов для устранения пробелов.⁶⁰ Государства должны иметь возможность продемонстрировать положительные сдвиги по крайней мере в пяти технических областях, которые подлежат соответствующей оценке обеспечения безопасности здоровья, например в рамках Механизма мониторинга и оценки ММСП ВОЗ (см. пункт 3.3 ниже).⁶¹

3.2.3 / Сендайская рамочная программа и Бангкокские принципы

Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы (**Сендайская рамочная программа**⁶²) координирует международные усилия по укреплению мер по СРБ и УРБ внутри стран. Целью Сендайской рамочной программы является предупреждение новых и снижение существующих рисков бедствий посредством реализации комплексных и всеобъемлющих мер по предотвращению и уменьшению подверженности и уязвимости к ним. Для этого используется ориентированный на людей, учитывающий все опасности многоотраслевой подход к снижению риска бедствий с целью обеспечения вовлеченности всего общества.

Хотя Сендайская рамочная программа не уделяет основное внимание рискам и последствиям для⁶³ общественного здравоохранения, они рассматриваются во многих Глобальных целях и четырех Приоритетах действий этой программы. Четыре Глобальных цели напрямую⁶⁴ связаны со здравоохранением и направлены на снижение смертности, улучшение благосостояния населения, раннее предупреждение и повышение безопасности медицинских учреждений и больниц. Акцент делается на устойчивость систем здравоохранения за счет интеграции УРБ в эти системы на всех уровнях. В Сендайской рамочной программе также содержится прямая ссылка на ММСП. Эта программа призывает к расширению сотрудничества между органами здравоохранения и иными заинтересованными сторонами в целях имплементации ММСП и укрепления потенциала страны в области управления рисками бедствий в сфере здравоохранения.

Важность здравоохранения как основного аспекта СРБ дополнительно подчеркивается **Бангкокскими принципами**, принятыми на Международной конференции по реализации аспектов здравоохранения Сендайской рамочной программы по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы, состоявшейся в 2016 году в Бангкоке.⁶⁵ Бангкокские принципы подчеркивают важнейшую роль укрепления координации в снижении рисков для здоровья населения вследствие биологических опасностей и поощряют систематическое сотрудничество, интеграцию и согласованность между управлением рисками бедствий и рисками для общественного здравоохранения. Для достижения этой цели Бангкокские принципы расширяют толкование связанных со здравоохранением положений Сендайской рамочной программы, предлагая семь мер для систематической интеграции аспектов здравоохранения в национальные и субнациональные политики и планы по СРБ. К наиболее актуальным для этого Отчета аспектам относятся:

1. «[содействие] систематической интеграции аспектов здравоохранения в национальные и субнациональные политики и планы по снижению риска бедствий, а также включение программ управления рисками чрезвычайных ситуаций и бедствий в национальные и субнациональные стратегии в области здравоохранения»;⁶⁶
2. «укрепление сотрудничества между органами здравоохранения и иными заинтересованными сторонами в целях наращивания потенциала страны в сфере управления рисками бедствий в области здравоохранения, а также имплементация Международных медико-санитарных правил 2005 года и построение устойчивых систем здравоохранения»;⁶⁷
3. «содействие «согласованности и дальнейшему улучшению местных и национальных политик и стратегий, правовых структур, нормативных положений и институциональных механизмов».⁶⁸

Основные действия Государств в рамках Бангкокских принципов предполагают:

1. продвижение общегосударственного и общесоциального подхода к работе с населением, подверженным риску, и сообществами, в которых принимаются меры по управлению рисками чрезвычайных ситуаций и бедствий;
2. разработку или пересмотр многоотраслевых политик, комплексных планов и программ по снижению риска чрезвычайных ситуаций и бедствий с включением компонента здравоохранения, а также управление рисками для здоровья в случае чрезвычайных ситуаций и бедствий с учетом соответствующего уровня ресурсов для содействия имплементации;
3. расширение участия представителей сектора здравоохранения в многоотраслевых комитетах и платформах по управлению рисками чрезвычайных ситуаций и бедствий на всех уровнях.

Бангкокские принципы потенциально можно толковать как способствующие не просто интеграции, а фактически слиянию структур управления рисками ЧСЗ с более широким режимом УРБ. Однако не следует заходить слишком далеко. По интерпретации, принятой в этом Отчете, Бангкокские принципы направлены на координацию, интеграцию и согласованность между управлением рисками ЧСЗ и общими структурами для УРБ без надобности единой правовой и институциональной структуры с единым набором законов и политик. Конечно, Государства могут принять этот подход, и, как изложено далее в Отчете, некоторые из них сделали это. Однако Бангкокские принципы носят более рекомендательный характер, косвенно признавая, что Государства могут продолжать поддерживать отдельные законы и/или политики в отношении ЧСЗ. Ключевой посыл Бангкокских принципов заключается в том, что Государства могут проводить систематизацию своих законов и/или политик в отношении ЧСЗ и УРБ, но они должны быть скоординированными, интегрированными и согласованными.

3.2.4 / 33-я Международная конференция Красного Креста и Красного Полумесяца

Важность укрепления мер по решению проблем ЧСЗ также стала основным элементом недавней работы Международного движения КК и КП, проводимой параллельно с усилиями по совершенствованию законов и политик в отношении бедствий в целом. Основную резолюцию по борьбе с эпидемиями и пандемиями приняли на 33-й Международной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца в 2019 году. В соответствии с Резолюцией 3 Государства-участники Женевских конвенций, МККК, МФОКК и КП и Национальные общества КК и КП:

1. [предложили] Государствам, в соответствии с их полномочиями и возможностями, а также международным правом, содействовать тому, чтобы компоненты Международного движения способствовали предсказуемому и скоординированному подходу к эпидемиям и пандемиям, в том числе международному сотрудничеству и координации, а также взаимодействию с пострадавшими сообществами и их поддержке;
2. [призвали] Государства включать Национальные общества, в соответствии с их компетенцией, полномочиями и возможностью помогать органам власти в гуманитарной сфере, в национальные механизмы по профилактике и лечению болезней, в многоотраслевые механизмы обеспечения готовности к бедствиям и реагирования на них, а также, по возможности, предоставлять им финансирование для стимулирования участия в таких механизмах;
3. [призвали] Национальные общества в последующем оказывать поддержку своим органам власти, в зависимости от обстоятельств, в усилиях Государства по укреплению основных возможностей в рамках обязательств по соблюдению ММСП, при этом во время кризисных ситуаций обеспечивать применение специальных положений для эффективного и ускоренного принятия ответных мер в области общественного здравоохранения в отношении пострадавшего населения, координировать действия с другими местными и международными организациями, в частности уделять особое внимание наращиванию потенциала в области раннего предупреждения бедствий и быстрого реагирования на них в труднодоступных, уязвимых, недостаточно обслуживаемых и подверженных повышенному риску сообществах с учетом разнообразных потребностей девочек, мальчиков, мужчин и женщин;
4. [подчеркнули] необходимость содействия активному участию населения в предотвращении вспышек, обеспечении готовности к ним и реагировании на них исходя из подхода, учитывающего множество отраслей, различные факторы риска и все слои общества, а также [призвали] Государства и Национальные общества использовать научно-обоснованные подходы к профилактике вспышек, их выявлению и реагированию на них на уровне местных сообществ;
5. также [призвали] Государства и Национальные общества к дальнейшей разработке инновационных инструментов, руководств и стратегий для содействия реализации вышеуказанных мер, укрепления их возможностей реагирования и использования данных и технологий для повышения качества мер реагирования на эпидемии и пандемии;
6. [напомнили о] важности определения приоритетов и инвестирования в мероприятия по предотвращению бедствий и обеспечению готовности к ним, а также о предоставлении стимулирующего финансирования для поддержки действий на раннем этапе, в том числе со стороны Национальных обществ;

7. также [напомнили о] важности мобилизации ресурсов и наращивания потенциала, чтобы развивающиеся страны и их Национальные общества могли реагировать на угрозы эпидемий и пандемий;
8. [призвали] компоненты Международного движения, органы власти и всех других субъектов принять соответствующие меры в соответствии с национальным и региональным контекстом для надлежащего поддержания (насколько это возможно) здоровья и безопасности своих волонтеров и работников, участвующих в мероприятиях по борьбе с эпидемиями/пандемиями, в том числе их психического здоровья и психосоциального благополучия». ⁶⁹

Многие из тем этой Резолюции отражают упомянутые выше глобальные меры и относятся к анализу внутренних структур для ЧСЗ, рассматриваемых в настоящем Отчете. Пандемия COVID-19 подтвердила их важность, а также, как будет видно, подчеркнула как роль Национальных обществ КК и КП в реагировании на ЧСЗ, так и потенциальное влияние ЧСЗ на способность Национальных сообществ работать эффективно.

3.2.5 / Особые меры по борьбе с COVID-19

Мировое сообщество приняло ряд резолюций, касающихся отдельно Пандемии COVID-19. Наиболее примечательными являются сводная резолюция Генеральной Ассамблеи ООН «Всеобъемлющие и скоординированные меры реагирования на пандемию коронавирусного заболевания (COVID-19)»⁷⁰ и резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения о мерах реагирования на COVID-19 (**Резолюция ВА3 по COVID-19**).⁷¹ За резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН последовала резолюция Совета Безопасности ООН, которая требовала глобального, всеобщего прекращения боевых действий и вооруженных конфликтов в рамках реакции ООН на Пандемию COVID-19.⁷² Резолюция ВА3 по COVID-19 подчеркнула необходимость для Государств «принять меры на уровне правительства и всех слоев общества, в том числе посредством реализации национального межотраслевого плана действий по COVID-19... [и] взаимодействия с сообществами и сотрудничества с соответствующими заинтересованными сторонами». ⁷³ Она также призвала Государства принимать «комплексные, соразмерные, привязанные к срокам, учитывающие возраст, ограниченные возможности и гендерные аспекты меры против COVID-19 во всех государственных секторах, при этом обеспечивать соблюдение прав человека и основных свобод, а также уделять особое внимание потребностям людей в уязвимом положении, содействовать социальной сплоченности, принимать необходимые меры для обеспечения социальной защиты и защиты от финансовых трудностей, а также бороться с незащищенностью, насилием, дискриминацией, стигматизацией и маргинализацией». ⁷⁴

Италия, 2020 г. Волонтеры Национального общества Красного Креста Италии готовятся заступить на смену в службе скорой помощи во Флоренции.

© Микеле Скиллантини



Это имеет отношение к рассмотрению уязвимых групп в Части С настоящего Отчета. Резолюция ВА3 по COVID-19 также стремится «обеспечить, чтобы введенные в контексте COVID-19 ограничения на передвижение людей и перевозку медицинского оборудования и лекарств были конкретными и временными, а также чтобы они предусматривали исключения для передвижения гуманитарных и медицинских работников (включая медиков, работающих на уровне сообщества), позволяющие им выполнять свои обязанности, а также для передачи оборудования и медикаментов, необходимых гуманитарным организациям для их деятельности».⁷⁵ Степень влияния мер реагирования Государств на COVID-19 на работу гуманитарных и медицинских работников можно увидеть из результатов Картирования чрезвычайных декретов, которые обсуждаются в Главе 10.

3.2.6 / Региональные механизмы

В рамках мероприятий, рассмотренных выше, упоминается вклад региональных механизмов в улучшение национальной структуры управления рисками ЧСЗ. ММСП также прямо предусматривают сотрудничество «по множеству каналов, в том числе на двусторонней основе, через региональные сети и региональные представительства ВОЗ».⁷⁶ Потребность в улучшении региональных механизмов, касающихся ЧСЗ, подчеркивалась в Отчете Группы высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения (**Группа высокого уровня**).⁷⁷ Группа пришла к выводу, что региональные и субрегиональные организации «поддержали ответные меры на кризис, вызванный лихорадкой Эбола, используя потенциал инноваций и накопленных знаний». Она рекомендовала, чтобы «региональные организации создавали или укрепляли постоянный потенциал для оказания помощи в предотвращении кризисов в области здравоохранения и реагировании на них, уделяя особое внимание тем областям, в которых они могут внести значительный вклад в меры реагирования».

Удивительно, что региональные механизмы УРБ хорошо развиты, в отличие от механизмов, касающихся ЧСЗ. Примером особого исключения для ЧСЗ является Решение Европейского союза (ЕС) № 1082/2013, которое касается имплементации ММСП в ЕС и решения серьезных угроз здоровью с трансграничными последствиями. Что касается эпидемиологического надзора и раннего предупреждения, официально решено учредить Комитет ЕС по безопасности в области здравоохранения и признать соответствующую роль Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний.⁷⁸ Существуют другие региональные механизмы, которые могут применяться к ЧСЗ, в основном, на основе экономических групп или уже существующих общих механизмов по УРБ, например: Соглашение АСЕАН по управлению рисками бедствий и экстренному реагированию⁷⁹, Механизм гражданской защиты Европейского союза⁸⁰ или Соглашение об экстренном реагировании на бедствия в Карибском бассейне.⁸¹ Картирование ЧСЗ для ряда островных Государств Тихого океана демонстрирует вклад региональных инициатив, в том числе Тихоокеанской стратегии ООН⁸² и Плана реагирования Тихоокеанской гуманитарной группы на COVID-19.⁸³ В целом официальные институциональные механизмы региона, относящиеся к ЧСЗ или общественному здравоохранению, широко не освещались. Исключением является Карибское агентство по вопросам общественного здравоохранения (**КАВОЗ**).⁸⁴ КАВОЗ — региональное агентство по вопросам общественного здравоохранения для стран Карибского бассейна, учрежденное межправительственным соглашением в 2011 году.⁸⁵ Его полномочия включают: (а) руководство эффективными мерами реагирования на кризисы в области общественного здравоохранения в Карибском бассейне и (b) через сотрудничество с КАУБЧС, Панамериканской организацией здравоохранения и ВОЗ, наращивание потенциала региона и отдельных Государств-участников в области обеспечения готовности к потенциальным угрозам и их мониторинг, а также реагирование на любые чрезвычайные ситуации или бедствия. Считается, что КАВОЗ сыграло значительную роль в борьбе с COVID-19 в Карибском бассейне и поэтому может создать прецедент для разработки других региональных механизмов, связанных с ЧСЗ.

3.3 / МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА 2005 ГОДА

3.3.1 / Разработка Международных медико-санитарных правил

ММСП 2005 года — это последний из ряда инструментов, направленных на решение проблемы трансграничного распространения инфекционных заболеваний. В 1946 году была создана ВОЗ, а в 1951 году приняты Международные санитарные правила⁸⁶, содержащие профилактические меры против трех установленных заболеваний: холеры, чумы и желтой лихорадки. Правила 1951 года переименовали в Международные медико-санитарные правила в 1969 году.⁸⁷ В 1995 году 48-я Всемирная ассамблея здравоохранения призвала пересмотреть Правила в ответ на увеличение международных поездок, рост объемов торговли и появление новых международных угроз, связанных с заболеваниями. После вспышки атипичной пневмонии в 2003 году были приняты нынешние ММСП 2005 года, которые вступили в силу в июне 2007 года.⁸⁸

Цель и область применения ММСП состоят в «предотвращении международного распространения заболеваний, предохранении от них, борьбе с ними и принятии ответных мер на уровне общественного здравоохранения, которые соизмеримы с рисками для здоровья населения и ограничены ими и которые не создают излишних препятствий для международных перевозок и торговли».⁸⁹ ММСП 2005 года знаменуют собой существенное изменение предыдущих Правил, поскольку последние ограничивались конкретными заболеваниями. ММСП 2005 года применяются к «заболеваниям или медицинским показаниям без учета их происхождения или источника, которые могут нанести или наносят значительный вред человеку». Таким образом, ММСП 2005 года, надо полагать, основаны на подходе, учитывающем «все опасности для здоровья населения».

3.3.2 / Обязанности ВОЗ в рамках ММСП

Большинство функций, возложенных на ВОЗ, выходят за рамки настоящего Отчета и касаются, например, создания реестра экспертов по ММСП,⁹⁰ учреждения и определения обязанностей Чрезвычайного комитета⁹¹ и Комитетов по пересмотру,⁹² а также участия других международных организаций, межправительственных и специализированных агентств.⁹³ Однако нам важны две функции: (а) право объявлять чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение (**ЧСЗМЗ**);⁹⁴ (б) обязанность давать временные рекомендации в случае объявления ЧСЗМЗ.⁹⁵

Швейцария, 2020 г. Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус и Генеральный секретарь МФОККИКП г-н Джаган Чапагейн подписали меморандум о взаимопонимании в рамках реализации совместной инициативы по созданию бригад скорой медицинской помощи. © ВОЗ / Крис Блэк



[Генеральным директором ВОЗ] ЧСЗМЗ определяется как «экстренное событие, которое: (i) представляет риск для здоровья населения других Государств ввиду глобального распространения заболеваний и (ii) может потребовать скоординированного ответа».96 Процесс определения ЧСЗМЗ подробно описан в ММСП.97 Затем Государство или Государства оповещают население о непредвиденном или неординарном событии в области общественного здравоохранения.98 Однако новшеством ММСП 2005 года стала возможность ВОЗ использовать информацию из других источников для принятия правильных решений.99 ММСП предусматривают, что ВОЗ может обмениваться информацией с другими организациями и, если это оправдано масштабом угрозы для здоровья населения, с другими Государствами.100 На сегодняшний день ЧСЗМЗ объявляли для следующих случаев: свиной грипп, или грипп типа H1N1 в 2009 году; полиомиелит и лихорадка Эбола в 2013 году; вирус Зика в 2016 году; лихорадка Эбола в 2018 году; COVID-19 в 2020 году (см. раздел 2.2).

После объявления ЧСЗМЗ: (1) ВОЗ может предложить дополнительную помощь пострадавшему Государству и другим Государствам, затронутым или находящимся под угрозой ЧСЗМЗ; ¹⁰¹(2) Генеральный директор обязан, предварительно обратившись за советом к Чрезвычайному комитету, выпустить временные рекомендации для Государств.¹⁰² Временные рекомендации «могут включать медицинские меры, которые Государство-участник, затронутое ЧСЗМЗ, или другие Государства-участники будут применять в отношении лиц, багажа, груза, контейнеров, транспортных средств, товаров и/или почтовых посылок с целью предотвращения или ограничения глобального распространения заболевания, а также с целью избежать излишних препятствий для международных перевозок». ¹⁰³ Статья 18 ММСП определяет тип временных рекомендаций. Типы рекомендаций включают: требование о прохождении медицинского обследования, вакцинации или другой профилактики; помещение потенциально зараженных под медицинское наблюдение и применение карантинных или других медико-санитарных мер; отслеживание контактов; отказ во въезде для потенциально зараженных и зараженных лиц или здоровых лиц из районов заражения; проведение проверок при выезде и/или введение ограничений для лиц из районов заражения.¹⁰⁴ Тем не менее временные рекомендации не носят для Государств обязательный характер.

Кения, 2019. Члены местного сообщества создают карту местных деревень с ключевыми географическими данными, отмечая источники воды, учреждения здравоохранения, рынки, пути миграции животных, места забоя скота. Учитываются погребальные обычаи, сезонные заболевания и другие риски. Все это необходимо для того, чтобы эффективно определять источники вспышек заболеваний и сдерживать их распространение. © IFRC / Корри Батлер



3.3.3 / Обязанности Государства в рамках ММСП

Обязанности, возлагаемые на Государства в рамках ММСП, делятся на две широкие категории. К первой категории относятся инструменты, предшествующие ММСП 2005 года, и меры, направленные на борьбу с распространением заболевания вследствие международных поездок и торговых отношений.¹⁰⁵ В то время как Государству следует избегать излишнего вмешательства в международные перевозки и торговлю, ММСП разрешают Государствам принимать меры, которые: (1) могут применяться в пунктах пропуска, обязывая путешественников предоставлять информацию о прохождении медицинского обследования или проходить такое обследование;¹⁰⁶ (2) запрещают морским и воздушным судам осуществлять посадку или высадку пассажиров в пунктах пропуска; (1073) позволяют помещать приезжающих с подозрением на заболевание под медицинское наблюдение или требовать от них пройти инвазивное обследование и вакцинацию.¹⁰⁸

Вторая категория обязанностей наиболее актуальна для настоящего Отчета. Они направлены на расширение возможностей (далее — «основные возможности») Государств управлять рисками для здоровья населения и ЧСЗ.¹⁰⁹ Общие обязанности заключаются в следующем:

- развивать, укреплять и поддерживать потенциал для выявления и оценки событий в области общественного здравоохранения, а также оповещения о них;¹¹⁰
- развивать, укреплять и поддерживать потенциал для быстрого и эффективного реагирования на риски для здоровья населения и ЧСЗМЗ.¹¹¹

Основные возможности должны были быть введены в действие в течение 5 лет после вступления в силу ММСП (т. е. в 2012 году), но Государства могли продлить этот срок на два года, а в исключительных обстоятельствах — еще на два года.¹¹² Однако сейчас добиться продления срока уже нельзя, поэтому реализацию основных возможностей нельзя откладывать после 2016 года.¹¹³

Для улучшения своих основных возможностей Государства также должны:

- назначить или учредить Национального координатора по ММСП и органы, ответственные за выполнение медико-санитарных мер в рамках ММСП;¹¹⁴
- обеспечить, чтобы компетентные государственные органы применяли эффективные меры на случай непредвиденных обстоятельств, чтобы справиться с неожиданным событием в области общественного здравоохранения;¹¹⁵
- требовать от компетентных органов обмениваться с Национальным координатором по ММСП данными о принятых мерах в области общественного здравоохранения¹¹⁶;
- уведомлять ВОЗ обо всех событиях, которые могут быть ЧСЗМЗ.¹¹⁷

Государства также должны по запросу ВОЗ оказывать посильную поддержку координируемым ВОЗ мерам реагирования.¹¹⁸ Государства также должны посильно сотрудничать друг с другом в: (1) выявлении и оценке событий в области общественного здравоохранения, а также реагировании на них; (2) содействии техническому сотрудничеству и материально-технической поддержке, особенно в развитии, укреплении и поддержании потенциала общественного здравоохранения, необходимых в рамках ММСП; (3) мобилизации финансовых ресурсов для выполнения своих обязательств по ММСП. Сотрудничество может осуществляться по нескольким каналам, в том числе на двусторонней основе, через региональные сети и представительства ВОЗ.¹¹⁹

Все функции Государства в рамках ММСП должны осуществляться прозрачным и недискриминационным образом при полном уважении достоинства, прав человека и основных свобод человека.¹²⁰ Государства также должны отчитываться перед Всемирной ассамблеей здравоохранения об имплементации ММСП.¹²¹

3.3.4 / Обзоры ММСП

На сегодняшний день соответствующие Комитеты выполняют обзоры ММСП в части: (1) функционирования ММСП и Пандемии (H1N1) 2009 года (**Обзор H1N1**);¹²² (2) второго продления срока для создания возможностей в области национального общественного здравоохранения и имплементации ММСП;¹²³ (3) роли ММСП во время вспышки лихорадки Эбола и мер реагирования (**Обзор лихорадки Эбола**).¹²⁴ Кроме того, в ответ на вспышку лихорадки Эбола в 2013–2016 годах ВОЗ запросила промежуточную оценку у группы независимых внешних экспертов (**Группа по промежуточной оценке лихорадки Эбола**).¹²⁵ На момент подготовки данного документа Комитету по обзору было поручено провести четвертый обзор, посвященный функционированию ММСП во время реагирования на COVID-19.¹²⁶ В ответ на пандемию COVID-19 ВОЗ учредила Международную группу по обеспечению готовности к пандемии и реагированию на нее. Кроме того, ВОЗ сейчас разрабатывает «Универсальный обзор состояния и готовности систем здравоохранения», который будет действовать как регулярный и прозрачный процесс коллегиальной оценки, аналогичный Универсальному периодическому обзору, который используется Советом по правам человека.¹²⁷

Три обзора, проведенных на сегодняшний день, различаются по оценке эффективности ММСП. Группа по промежуточной оценке лихорадки Эбола обнаружила слабые места в ММСП: «Кризис, вызванный лихорадкой Эбола, выявил не только организационные недостатки в функционировании ВОЗ, но и недостатки в [ММСП]. Если мир хочет успешно справляться с угрозами здоровью, особенно с инфекционными заболеваниями, которые могут затронуть всех нас, то [ММСП] необходимо доработать».¹²⁸ Комитет по обзору пандемии гриппа типа H1N1 нашел меньше причин критиковать ММСП, полагая, что ММСП позволили «лучше подготовить мир к реагированию на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения».¹²⁹ По результатам Обзора лихорадки Эбола, «неудачи при реализации мер реагирования на лихорадку Эбола не явились следствием недостатков самих ММСП».¹³⁰

Однако во всех обзорах подчеркивается, что основной проблемой является неспособность Государств реализовать основные возможности, предусмотренные ММСП.¹³¹ Обзор пандемии гриппа типа H1N1 показал, что «мир [был] плохо подготовлен к реагированию на тяжелую пандемию гриппа или на любую аналогичную глобальную, длительную и угрожающую общественному здравоохранению чрезвычайную ситуацию».¹³² Группа по промежуточной оценке лихорадки Эбола сочла неприемлемой ситуацию, «в которой мировое сообщество не воспринимает всерьез свои обязательства по [ММСП], имеющим обязательную юридическую силу». В Обзоре лихорадки Эбола высказано общее мнение о том, что «полная имплементация ММСП должна быть первоочередной целью всех стран, поскольку коллективные меры позволят повысить как глобальную готовность систем общественного здравоохранения, так и безопасность мирового населения...».¹³³

В 2015 году Генеральный секретарь ООН назначил Группу высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения, которая опубликовала свой окончательный отчет в январе 2016 года.¹³⁴ Группа высокого уровня вынесла 27 рекомендаций для действий на национальном, региональном и международном уровнях, включая меры, которые затрагивают все уровни государственного управления и все слои общества. Группа высокого уровня пришла к выводу, что «механизм мониторинга соблюдения требований ММСП в отношении основных возможностей является слабым. Отсутствие независимых оценок негативно влияет на международные усилия по оказанию поддержки более уязвимым странам в имплементации возможностей подготовки, наблюдения, выявления и реагирования». Она пришла к выводу, что существует острая необходимость в проведении «более строгого периодического обзора соблюдения требований ММСП в отношении основных возможностей».

Группа высокого уровня была особенно недовольна тем, что «спустя более трех лет после первоначального крайнего срока для выполнения требований ММСП в отношении основных возможностей (и предоставления двух отсрочек) только одна треть Государств-участников сообщила о выполнении этих требований».¹³⁵ Упомянув, что «местное сообщество первым принимает на себя удар любой вспышки, а государство является основным субъектом, несущим ответственность за оповещение о кризисе и реагирование на него», Группа высокого уровня рекомендовала следующее:

«Все страны должны полностью выполнять обязательства по ММСП. При отсутствии возможностей следует в срочном порядке содействовать принятию основных мер. Эти меры должны строго контролироваться непосредственно главами правительств и должны предусматривать создание механизмов обеспечения готовности к пандемиям и реагирования на них, наем и обучение специалистов в области здравоохранения и общинных медицинских работников и создание всеобъемлющей системы надзора с национальной лабораторией». ¹³⁶

Четыре рекомендации Группы высокого уровня требуют имплементации основных возможностей ММСП на национальном уровне, включая обучение и наем квалифицированных работников здравоохранения, решение проблем государственного управления, улучшение механизмов взаимодействия с сообществами и учет гендерных аспектов в случае кризисов в области здравоохранения.¹³⁷ Первая рекомендация Группы заключалась в том, что «к 2020 году Государства, принявшие ММСП, при соответствующей международной поддержке полностью выполняют требования ММСП в отношении основных возможностей». Группа сочла, что для выполнения требований Государства должны принять меры, в том числе следующие:

- внедрение планирования мер реагирования на кризис в области здравоохранения в национальные механизмы и планы по обеспечению готовности к бедствиям и реагированию на них;
- привлечение всех заинтересованных сторон к участию в процессе определения возможностей и ресурсов, связанных с реагированием на бедствия;
- разработка планов борьбы с пандемиями и выполнение симуляционных упражнений всеми группами реагирования, в том числе силовыми службами;
- создание механизма наблюдения в рамках программы «Единое здоровье» для сбора и анализа информации о здоровье населения в режиме, близком к реальному, с объединением данных от всех слоев общества;
- немедленная передача информации обо всех необычных событиях в области здравоохранения Региональному директору ВОЗ и Программе ВОЗ по управлению вспышками заболеваний и чрезвычайными ситуациями.¹³⁸

Для решения проблем управления, в том числе обеспечения большей прозрачности, Группа высокого уровня рекомендовала, чтобы «планирование на случай кризисов в области здравоохранения, а также регулярный надзор проводились в рамках национальных механизмов снижения риска бедствий, обеспечения готовности и реагирования» с участием представителей министерств и НПО из различных стран.¹³⁹ Правительствам и группам реагирования также было рекомендовано усилить и упорядочить взаимодействие с сообществами, а также поощрять ответственность и укреплять доверие среди населения.¹⁴⁰

3.3.5 / Инициативы ВОЗ по содействию имплементации на национальном уровне

В ответ на эти обзоры ВОЗ выдвинула ряд инициатив, направленных на содействие более широкой имплементации ММСП на национальном уровне. Инициативы в основном включают четыре основных элемента Механизма мониторинга и оценки ММСП ВОЗ:¹⁴¹ (1) ежегодная отчетность Государств-участников на основе самооценки; (2) Совместная внешняя оценка (СВО); (3) симуляционные упражнения; (4) обзор после принятия мер (а в последнее время — во время принятия мер)¹⁴².

Что касается первого основного элемента, то Инструмент ежегодной отчетности Государств-участников ММСП на основе самооценки (SPAR)¹⁴³ был разработан для оказания поддержки Государствам при выполнении их обязательств по ежегодной отчетности перед Всемирной ассамблеей здравоохранения о выполнении требований ММСП в отношении основных возможностей. Отчетность SPAR включает 24 индикатора для 13 возможностей ММСП, необходимых для выявления, оценки рисков для здоровья населения и чрезвычайных происшествий внутри страны и за рубежом, а также необходимых для оповещения о них и реагирования на них. Основным индикатором в отчетности SPAR является «законодательство и финансирование». Этот индикатор направлен на оценку того, есть ли у Государств «адекватная правовая структура во всех соответствующих секторах, необходимая для содействия эффективному и действенному осуществлению всех своих обязательств и прав по ММСП».¹⁴⁴ Цель этого индикатора состоит в том, чтобы дать возможность Государствам (1) определить, требуется ли им новое или измененное законодательство или же существующее законодательство требует пересмотра, (2) обеспечить, чтобы законодательная структура институционализировала «основные функции общественного здравоохранения для поддержания непрерывного процесса готовности к реагированию на события в области общественного здравоохранения»¹⁴⁵.

Второй элемент, Совместная внешняя оценка (СВО), представляет собой «добровольный, непрерывный процесс оказания поддержки Государствам в оценке возможностей страны предотвращать, выявлять отдельные угрозы для здоровья населения и быстро реагировать на них путем оценки статуса и прогресса страны в достижении целей ММСП». Совместные внешние оценки проводятся с использованием инструмента СВО,¹⁴⁶ который включает 49 индикаторов, сгруппированных по 19 техническим областям. Первым индикатором в инструменте СВО является «национальное законодательство, политика и финансирование». При этом в инструменте СВО отмечено, что термин «законодательство» относится к широкому спектру правовых, нормативных,

административных или других правительственных актов, которые могут быть доступны для Государств-участников, имплементирующих ММСП. Инструмент СВО предусматривает, что Государства могут достичь этого индикатора путем оценки, корректировки и согласования своего национального законодательства, политики и административных механизмов во всех соответствующих секторах с целью обеспечить соблюдение ММСП.¹⁴⁷

В 2019 году ВОЗ опубликовала Ориентировочные показатели для возможностей, предусмотренных ММСП (далее «**Ориентировочные показатели ВОЗ**»);¹⁴⁸ Ориентировочные показатели ВОЗ касаются 13 возможностей ММСП, описанных в отчетности SPAR, и 19 технических областей, описанных в инструменте СВО.¹⁴⁹ Как и в случае с СВО, первый ориентировочный показатель касается «национального законодательства, политики и финансирования»:

«Надлежащая правовая структура для Государств-участников имеет важное значение для содействия выполнению ими всех обязательств и прав (так!) по ММСП. Это может включать создание нового и/или пересмотр существующего законодательства, постановлений или других инструментов, способствующих выполнению и соблюдению ММСП 2005 года. Отсутствие надлежащего законодательства или политики может стать серьезным препятствием для имплементации. Поэтому его разработку следует рассматривать как приоритетную задачу, позволяющую эффективно развивать другие технические области».¹⁵⁰

В инструменте СВО и в Ориентировочных показателях ВОЗ существует пять уровней возможностей — от 1 («возможность отсутствует») до 5 («устойчивая возможность»). Уровня 5 можно достичь только в том случае, если Государство «[подтвердило], что надлежащие законодательные акты, законы, постановления, политики и административные требования охватывают все аспекты имплементации ММСП на основе профиля рисков страны».¹⁵¹

Для поддержки и мониторинга процесса имплементации рекомендаций Группы высокого уровня в 2016 году была создана Целевая группа по глобальным кризисам в области здравоохранения, которая подготовила свой окончательный отчет в 2017 году.¹⁵² Хотя некоторые из упомянутых выше инициатив ВОЗ не были реализованы до представления Целевой группой окончательного отчета, она признала, что одним из основных достижений в оказании поддержки Государствам была разработка Механизма мониторинга и оценки ММСП. Тем не менее, Целевая группа указала, что «недостаточно просто диагностировать проблемы: их необходимо решить. Недостатки, выявленные в ходе совместных внешних оценок, обзоров после принятия мер и симуляционных упражнений, должны быть расставлены по приоритетам, включены в национальные планы действий в области здравоохранения и устранены с помощью технических и финансовых средств, предоставленных стране в виде поддержки».¹⁵³

Пандемия COVID-19 негативно повлияла на реализацию программы впоследствии, но по состоянию на 26 октября 2020 года было опубликовано 79 отчетов миссии СВО. Возможно, отчеты отдают приоритет отдельным регионам, однако проведение оценок было неравномерным по регионам ВОЗ. Больше всего оценок было проведено в Африканском регионе — всего 44. Семнадцать оценок были проведены в регионе Восточного Средиземноморья, 14 — в Европейском регионе, 11 — в Западно-Тихоокеанском регионе и 8 — в регионе Юго-Восточной Азии. Что касается региона Северной и Южной Америки, отчеты публиковались только в отношении США и Канады. С 2016 года ВОЗ также тесно сотрудничает со многими странами и партнерами с целью содействия разработке Национального плана действий по обеспечению безопасности в области здравоохранения (**НПДБЗ**). Это осуществляемый страной многолетний процесс планирования, предназначенный для ускорения имплементации основных возможностей ММСП и основанный на общегосударственном, учитывающем все опасности подходе «Единое здоровье».¹⁵⁴ НПДБЗ также обеспечивает всеобъемлющий процесс определения всех текущих национальных инициатив по обеспечению готовности; по сути это государственный механизм, призванный управлять рисками чрезвычайных ситуаций и бедствий. НПДБЗ для ВСЕХ. Страновое руководство по имплементации НПДБЗ¹⁵⁵ содержит указания на каждом этапе структуры НПДБЗ, а также необходимые инструменты и шаблоны для разработки и реализации национальных планов действий. Одно из основных преимуществ заключается в том, что документ определяет всех заинтересованных сторон, обеспечивающих безопасность в области здравоохранения.

В 2019 году ВОЗ также разработала Структуру управления рисками чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и бедствий¹⁵⁶, призванную обеспечить «общий язык и всеобъемлющий подход, который может быть адаптирован и применен всеми субъектами системы здравоохранения и другими секторами, стремящимися снизить риски для здоровья населения и смягчить последствия чрезвычайных ситуаций и бедствий».

И наконец, ВОЗ подготовила три инструментария для оказания помощи Государствам в имплементации ММСП в рамках национального законодательства:

- ММСП 2005 года: Краткое введение в процесс имплементации в рамках национального законодательства (ММСП: Краткое введение);¹⁵⁷
- ММСП 2005 года: Инструментарий для имплементации в рамках национального законодательства — Национальный координатор по ММСП (НК)¹⁵⁸;
- ММСП 2005 года: Инструментарий для имплементации в рамках национального законодательства: вопросы и ответы, ссылки на законодательные акты и инструмент оценки, примеры национальных актов.¹⁵⁹ (В Части III приводятся примеры законодательных актов, правил и других инструментов, принятых Государствами-участниками ММСП)

ММСП: краткое введение содержит рекомендации о том, как можно проводить оценку национального законодательства.¹⁶⁰ Здесь даются рекомендации по подготовке к оценке законодательства — создается межотраслевой комитет по проведению оценки и устанавливаются контакты с другими Государствами, проводящими аналогичную оценку. Что касается самого процесса оценки, в нем даются рекомендации о том, какие функции и законодательные акты необходимо определить, чтобы охватить приоритетные предметные области для имплементации ММСП, а также о том, что следует делать после оценки.¹⁶¹

3.4 / ВЛИЯНИЕ ММСП НА НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТРУКТУРЫ ДЛЯ ЧСЗ

3.4.1 / Основные возможности

Хотя ММСП являются неотъемлемой частью глобальной структуры, касающейся ЧСЗ, настоящий Отчет подчеркивает особую важность развитию выявленных основных возможностей Государств. Развивая эти возможности, Государства будут лучше подготовлены к ЧСЗ.

К сожалению, Бартолини пришел к выводу, что «такие обязательства, некоторые из которых являются одними из самых новаторских элементов ММСП 2005 года, изобилуют недостатками. К тому же примерно две трети Государств-участников ММСП не смогли осуществить меры из-за низкой или умеренной готовности на национальном уровне».¹⁶² Основным методом мониторинга реализации основных возможностей ММСП является ежегодная отчетность Государств и процесс СВО. Несмотря на то, что отчетность показывает улучшение всех ключевых показателей, из 96 Государств, прошедших оценку до 2020 года, менее половины приняли меры по расширению возможностей для соблюдения положений ММСП.¹⁶³ Комитеты по обзору, Группа высокого уровня и Целевая группа пришли к аналогичным выводам. Как резюмирует Негри, «эти контролирующие органы выявили ряд критических вопросов и недостатков, отрицательно влияющих на успешное выполнение ММСП (2005 г.) и подрывающих их эффективность. В частности, они обнаружили, что общие проблемы и структурные недостатки заключаются в плохой реализации и отсутствии санкций за неисполнение».¹⁶⁴ Отсутствие санкций¹⁶⁵ за неисполнение обязательно будет отражено в предстоящих обзорах ММСП,¹⁶⁶ но продвижение основных возможностей ММСП с помощью национального законодательства¹⁶⁷ должно помочь Государствам сделать национальные структуры управления рисками ЧСЗ более интегрированными и эффективными.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

Государствам следует продолжать предпринимать шаги для обеспечения того, чтобы их национальное законодательство содействовало реализации основных возможностей ММСП и соответствовало выполнению их обязательств по ММСП.

3.4.2 / Мониторинг и оценка

Как обсуждалось выше,¹⁶⁸ ВОЗ уже отреагировала на более ранние обзоры, представив инициативы в рамках своей Структуры мониторинга и оценки ММСП. Как установила Целевая группа ООН по глобальным кризисам в области здравоохранения, нет никаких сомнений в том, что эти инициативы способствовали улучшению показателей выполнения Государствами своих обязательств по ММСП.

Из четырех элементов Структуры мониторинга и оценки ММСП в настоящее время обязательным является только представление ежегодной отчетности. Однако Бартолини считает, что и этот элемент не лишен недостатков, поскольку он основан на методе самооценки и «не способствует определению того, как основные возможности могут быть реализованы».¹⁶⁹ Тем не менее, высокий процент Государств подают отчеты.¹⁷⁰

В отличие от ежегодной отчетности, СВО является добровольным элементом, и количество реализующих его Государств ограничено. Данный вывод основан на том, что, по результатам Картирования ЧСЗ, из 36 Государств с высоким риском ЧСЗ только 16 выполнили СВО. Более того, как отмечает Бартолини, недостаток СВО заключается в «субъективном подходе к оценке Государств и применении метода самооценки».¹⁷¹ Бартолини считает, что реформа системы мониторинга могла бы обеспечить более эффективный контроль за соблюдением Государствами обязательств по реализации основных возможностей. Он сообщает, что Совет по мониторингу глобальной готовности выступил за внесение поправок в ММСП для включения «механизмов оценки соблюдения ММСП и реализации их основных возможностей, включая механизм универсального, периодического, объективного и внешнего контроля».¹⁷²

Проблема эффективного контроля актуальна не только для ММСП. Однако есть прецеденты, когда Государства соглашались на проведение обязательных процедур мониторинга, аудита или проверки в отношении соблюдения ими международно-правовых норм. Такие процедуры, хотя и с разной степенью обязательности и эффективности, прописаны во многих международных документах, в том числе в международных актах о правах человека, экологии и режимах контроля над вооружением.¹⁷³ Одним из примеров, который может стать основой для усиления роли положений ММСП, является комплекс из шести международных морских конвенций, согласованных под эгидой Международной морской организации (**ИМО**) и подпадающих под Кодекс по осуществлению документов ИМО (**Кодекс III**).¹⁷⁴ Как и в случае с ММСП, в ИМО существовала система добровольной оценки или аудита, но она оказалась неэффективной для обеспечения выполнения конвенций. Следовательно, Кодекс III был принят для «дальнейшего содействия правительствам Государств-членов в расширении их перспектив и повышении общей эффективности, чтобы реализовывать акты ИМО, к которым они присоединились, несмотря на возможные для ряда таких государств-членов затруднения в соблюдении всех положений указанных документов».¹⁷⁵ Государства согласились на проведение у них периодических обязательных проверок со стороны ИМО (через систему коллег-аудиторов) для оценки соблюдения и выполнения ими шести конвенций. При проведении такой проверки каждое Государство должно составить план по исправлению выявленных недостатков, реализация которого проверяется при последующей проверке.¹⁷⁶ Требование о проведении обязательной внешней оценки, закрепленное в Кодексе III, может стать полезным прецедентом для рассмотрения в рамках внесения поправок в ММСП в будущем.

Учитывая вышеупомянутые преимущества внешней оценки и необходимость в проведении более тщательной проверки для обеспечения выполнения ММСП на национальном уровне.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

При пересмотре ММСП следует определить, должны ли ММСП налагать на Государства обязательство участвовать в периодических внешних оценках выполнения ММСП.

3.4.3 / Участие в процедурах оценки

Ключевой темой данного отчета, согласно Сендайской рамочной программы и Бангкокским принципам, является необходимость в охватывающем все части общества, многоотраслевом и комплексном подходе к управлению рисками ЧСЗ. Это также основополагающий элемент концепции «Единое здоровье». Бартолини, рассуждая преимущественно о глобальном контексте, указывает на необходимость вовлечения более широкого круга институциональных субъектов.¹⁷⁷ Это, как утверждается, должно в равной степени применяться к любой оценке выполнения Государством ММСП. Команда, проводящая оценку, должна иметь возможность получить информацию от всех задействованных участников и заинтересованных сторон. Кроме того, как следует из Бангкокских принципов, любая оценка должна также учитывать более широкую структуру УРБ Государства и уровень координации или интеграции между структурами управления рисками ЧСЗ и более широкими структурами УРБ.

3.4.9 Также может быть признана возможность привлечения Национальных обществ КК и КП к проведению оценки и последующей реализации НПДБЗ. В ряде Государства Национальные общества КК и КП уже включены в систему УРБ, однако это происходит в меньшей степени в механизмах управления рисками ЧСЗ. Резолюция 3 33-й Международной конференции (см. Раздел 3.2.4) призывает «Государства включать Национальные общества, в соответствии с их компетенцией, полномочиями и возможностью помогать национальным органам власти в гуманитарной сфере, в национальные проекты по профилактике болезней и борьбы с ними, а также в многоотраслевые механизмы обеспечения готовности и реагирования, а также по возможности предоставлять им финансирование для стимулирования участия в таких проектах». Она также призывает Национальные общества «при необходимости оказывать поддержку государственным органам в усилиях по расширению основных возможностей Государств в рамках обязательств по соблюдению ММСП ...»¹⁷⁸ Эта поддержка может быть оказана путем участия Национальных обществ КК и КП в оценочных мероприятиях, а также при реализации любых иных усилий в рамках Структуры мониторинга и оценки ММСП.

Более подробный анализ СВО и НПДБЗ может показать, что упомянутые выше подходы фактически уже приняты в определенной степени. Однако, Картирование ЧСЗ, относящееся к СВО (и последующему НПДБЗ), показывает, что этого не произошло в отобранных для анализа Государствах.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. В будущем при пересмотре или обновлении правил СВО следует предусмотреть норму о том, чтобы все соответствующие субъекты и заинтересованные стороны могли участвовать в СВО и вносить свой вклад.
2. В частности, с учетом вспомогательной роли Национальных обществ КК и КП в управлении рисками в УРБ и ЧСЗ, законодательство и/или политика Государств должны позволять Национальным обществам КК и КП участвовать в мониторинге и оценке ММСП, включая СВО.
3. Согласно Бангкокским принципам, любая оценка на глобальном или страновом уровне должна основываться на более широком понимании УРБ, а также на координации и интеграции между системами управления рисками ЧСЗ и УРБ (включая стратегии по снижению риска бедствий на национальном и местном уровнях).

Для поощрения внедрения ММСП Министерство здравоохранения Аргентины учредило Комиссию по имплементации и мониторингу Международных медико-санитарных правил и основных возможностей. Данная комиссия обеспечивает координацию работы Министерства здравоохранения и других министерств, органов власти в провинциях Аргентины и ключевых негосударственных субъектов в отношении реализации стратегий реагирования на ЧСЗ. Помимо координации усилий по реагированию на ЧСЗ, данная Комиссия уполномочена участвовать в реализации Глобальной повестки дня в области безопасности здоровья и демонстрирует приверженность выполнению ММСП.¹⁷⁹

Идея о том, что государства должны разрабатывать стратегии и координировать работу стратегических органов по имплементации международных документов, нашла свое отражение и в других областях. Например, в соответствии с Кодексом ИМО III (см. пункты 3.4.6 выше) Государствам рекомендовано:

1. «разработать общую стратегию для обеспечения выполнения своих международных обязательств и несения ответственности;
2. определить методологию мониторинга и оценки обеспечения эффективности выполнения и соблюдения соответствующих обязательных международных норм посредством данной стратегии;
3. постоянно пересматривать данную стратегию для достижения, поддержания и улучшения общих показателей и возможностей организации...».¹⁸⁰

В ряде Государств созданы стратегические комитеты или их аналоги для выполнения данной функции. В такие комитеты рекомендуется включать представителей различных правительственных ведомств, отраслей и других заинтересованных сторон. Ряд Государств учредили стратегические комитеты или их аналоги в соответствии с рекомендациями Кодекса III.

Создание центрального стратегического органа, рабочей или целевой группы также было прописано в качестве рекомендации в предыдущих отчетах и руководствах Программы закона о бедствиях МФОКК и КП для обеспечения улучшенного УРБ.¹⁸¹ Аналогичные рекомендации имеются также для управления рисками ЧСЗ. Согласно Бангкокским принципам, в состав любого стратегического органа по имплементации ММСП должны входить участники УРБ, и крайне важно, чтобы любая интегрированная стратегия управления рисками ЧСЗ была согласована с существующими механизмами УРБ.

Потенциальная роль Национальных обществ КК и КП в оценке ММСП упоминалась выше. Опыт Национальных обществ КК и КП и их способность заручаться поддержкой со стороны более широкой сети МФОКК и КП также делают их ключевыми участниками любого централизованного стратегического органа по имплементации ММСП. Участие в таких органах будет способствовать дальнейшему достижению цели Резолюции 3, принятой на 33-й Международной конференции национальных обществ. Оно должно «соответствовать их компетенции, полномочиям и возможности помогать национальным органам власти в гуманитарной сфере». На данном основании Национальные сообщества должны включаться в комплексные проекты по обеспечению готовности и реагирования.¹⁸²



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. В любом будущем обзоре ММСП необходимо установить, должны ли ММСП включать в себя обязательство Государств по созданию специального комитета для надзора за имплементацией ими обязательств по ММСП и мониторинга текущей работы и соблюдения норм (Комитет по мониторингу ММСП).
2. Независимо от содержания ММСП, национальное законодательство и/или политика должны предусматривать создание Комитета по мониторингу ММСП.
3. В Комитет по мониторингу ММСП должны входить все соответствующие участники и заинтересованные стороны, включая представителей частного и государственного секторов, а также представители сообществ.
4. В частности, к участию в работе Комитета по мониторингу ММСП должны быть привлечены Национальные общества КК и КП, выполняющие вспомогательную роль для правительства Государства в гуманитарной сфере.

3.4.4 / Действия после проведения оценки

Однако, как отметила Целевая группа ООН по глобальным кризисам в области здравоохранения, оценка — это только первый шаг; более важным фактором является то, как Государства отреагируют на оценку. В настоящее время, даже при проведении СВО, Государства не обязаны реагировать на рекомендации, полученные

после проведения оценки. Картирование ЧСЗ не касается конкретно этого вопроса, и после проведения многочисленных СВО прошло относительно мало времени для принятия результативных мер, особенно с началом Пандемии COVID-19. Сообщается, что лишь несколько Государств провели контроль исполнения рекомендаций. В тех Государствах, где это было проведено, разработаны соответствующие планы и политики. Например, Шри-Ланка,¹⁸³ Нигерия¹⁸⁴ и Сьерра-Леоне подготовили НПДБЗ после проведения СВО. Сьерра-Леоне также разработала Национальный стратегический план информирования о чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения, который стал использоваться во время Пандемии COVID-19.¹⁸⁵ Тем не менее, у Государств отсутствует обязанность разрабатывать НПДБЗ или принимать какие-либо меры по устранению пробелов в имплементации, если таковые выявляются по результатам СВО.

Бартолини предполагает, что для Государств, неспособных обеспечить соответствие основным возможностям, должна быть установлена обязанность разработать инструменты по имплементации соответствующих норм на национальном уровне с определением сроков и порядка такой имплементации, в частности, по примеру НПДБЗ.¹⁸⁶ Тому есть прецеденты из других отраслей международного права. Относительно упомянутых выше морских конвенций, в рамках обязательной проверки Кодекса III Государства должны составлять планы по устранению выявленных недостатков, выполнение которых будет проверяться при последующей проверке.¹⁸⁷



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. При любом последующем пересмотре ММСП или правил СВО следует предусмотреть норму о необходимости разработки и выполнения планов действий после проведения оценки.
2. Независимо от содержания ММСП или правил СВО, национальные законы и/или политики должны:
 - a. требовать разработки и выполнения планов действий после проведения оценки;
 - b. определять внутреннего субъекта или субъектов, ответственных за составление плана действий после проведения оценки и/или способствующих разработке таких планов;
 - c. обеспечивать возможность Комитета по мониторингу ММСП контролировать и/или осуществлять надзор за подготовкой и выполнением плана действий после проведения оценки.

3.4.5 / Прозрачность законодательства о ЧСЗ

Понимание законодательства, которое принято Государствами для выполнения своих обязательств по ММСП, имеет большое значение для обеспечения мониторинга их выполнения. Если после проведения внешней оценки требуется внести изменения в законодательство, важно также, чтобы такое законодательство было опубликовано, что подтвердит принятие соответствующих мер. Доступ к законодательству также имеет практическое или оперативное значение при ЧСЗ для других Государств и гуманитарных организаций. Однако, как показывает исследование, проведенное при подготовке настоящего Отчета, получить доступ к национальному законодательству не всегда легко. Согласно ММСП, в настоящее время Государства не обязаны публиковать или, например, предоставлять копии имплементирующих актов в ВОЗ. Однако ряд других международных документов установил прямую обязанность Государств предоставлять копии имплементирующих внутренних документов ответственному секретариату.¹⁸⁸



РЕКОМЕНДАЦИЯ

При любом последующем пересмотре ММСП необходимо рассмотреть вопрос о целесообразности установления обязательного требования для государств уведомлять ВОЗ о принятии национальных актов, имплементирующих ММСП, и направлять копии таких актов в ВОЗ. При любом последующем пересмотре необходимо также определить, следует ли установить обязанность ВОЗ по обеспечению общедоступности в сети Интернет электронных экземпляров направленных ей актов.

3.4.6 / Способность имплементировать основные возможности ММСП

Трудности в имплементации основных возможностей ММСП могут быть следствием отсутствия финансовой и технической помощи.¹⁸⁹ Вопросы финансовой помощи, и, в частности, отсутствия международного финансирования, выходят за рамки настоящего Отчета. Тем не менее, учитывая тот факт, что Всемирный банк установил объемы ежегодных глобальных инвестиций в укрепление основных возможностей в пределах 1,9–3,4 млрд долларов США, отсутствие финансовых возможностей является серьезным препятствием для эффективной имплементации ММСП. Однако финансирование остается недостаточным, несмотря на такие проекты, как Механизм Всемирного банка по финансированию чрезвычайных мер в случае пандемии,¹⁹⁰ Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией,¹⁹¹ Альянс по вакцинам ГАВИ,¹⁹² Коалиция за инновации в обеспечении готовности к эпидемиям¹⁹³ и другие государственно-частные партнерства.

Помимо изыскания финансовых возможностей, нужно также определить способы повышения способности государств принимать имплементирующие акты. В других сферах, например, международные организации разработали схемы технического сотрудничества для поддержки национальных юристов, разрабатывающих проекты внутреннего имплементирующего законодательства.¹⁹⁴ Оказалось, что такие схемы в отношении ММСП отсутствуют, хотя ВОЗ предоставила некоторые рекомендации, в частности, в ММСП (2005 г.): Инструментарий для имплементации в национальное законодательство: вопросы и ответы, ссылки на законодательные акты и инструмент оценки, примеры национальных актов.¹⁹⁵

Тематическая платформа ВОЗ по управлению рисками чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и бедствий, а также связанная с ней Исследовательская сеть представляют собой специальную группу заинтересованных сторон из различных отраслей и организаций (правительственных, академических и т.д.), которые сосредоточены на исследованиях, политике и практике в сфере управления рисками чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и бедствий (**УРЧС в области здравоохранения**).¹⁹⁶ Их исследования охватывают вопросы неотложной медицины и медицины катастроф, снижения риска бедствий, обеспечения готовности к различным чрезвычайным ситуациям, гуманитарного реагирования и укрепления систем здравоохранения. На последнем совещании экспертов были определены направления исследования в пяти основных областях УРЧС в области здравоохранения, однако не были затронуты вопросы норм, законодательства, политики или регулирования в данной сфере.¹⁹⁷

Отсутствие внимания Исследовательской сети по УРЧС в области здравоохранения к правовым вопросам противоречит тому значению, которое придается национальному законодательству в улучшении основных возможностей инструмента СВО и контрольных показателей ВОЗ. Учитывая, что Пандемия COVID-19 беспрецедентно привела к тому, что юристы по всему миру приобрели опыт в области исследования, разработки и применения законов в области ЧСЗ, у Исследовательской сети по УРЧС в области здравоохранения и других ключевых форумов ВОЗ имеется возможность инициировать исследования и обсуждение правовых аспектов имплементации ММСП и более широкой практики применения законодательства о ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Правовые аспекты ЧСЗ и имплементация основных возможностей ММСП должны быть включены в повестку дня соответствующих сетей и форумов, таких как Тематическая платформа по управлению рисками чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и бедствий и связанная с ней Исследовательская сеть.
2. Организации, проявляющие интерес к ЧСЗ и имплементации основных возможностей ММСП, должны рассмотреть возможность объединения практикующих юристов и ученых, которые смогут содействовать в разработке усовершенствованных национальных законов о ЧСЗ, в том числе тех, которые имплементируют основные возможности ММСП.

3.4.7 / Уведомление и раннее оповещение

Наконец, необходимо рассмотреть два конкретных ключевых элемента основных возможностей ММСП: должность Национального координатора по ММСП и оповещение о событиях в области общественного здравоохранения.¹⁹⁸

Согласно Статье 4 (1) ММСП, государства обязаны назначить Национального координатора по ММСП. Как оказалось, большинство Государств, включенных в выборку, прямо не предусмотрели эту должность в своем внутреннем законодательстве. Исключением является Бразилия, где законодательство предусматривает создание Секретариата по надзору в сфере здравоохранения в качестве национального координатора ВОЗ по ММСП (2005 г.)¹⁹⁹ и, что, возможно, более важно, определяет основную организационную структуру национального координатора по ММСП и его функции. Закон подробно регламентирует процедуру уведомления, обмена информацией и распространения информации о ММСП в Бразилии. В большинстве других государств нормы менее детализированы, и, даже если координатор назначен, это, как правило, осуществляется на основании административного акта, но не закона. Несмотря на отсутствие требования разработки законодательства, наличие соответствующих законов может способствовать четкому определению роли Национального координатора ММСП и его мандата, а также повышению его значимости.

Согласно ММСП, роль национального координатора по ММСП состоит в том, чтобы уведомлять ВОЗ обо всех событиях, которые могут составлять ЧСЗМЗ на координируемой территории.²⁰⁰ Конкретный вопрос, который, как правило, рассматривается при Картировании ЧСЗ, состоит в том, установлена ли в национальном законодательстве обязательная норма о том, чтобы правительства уведомляли ВОЗ о любом таком событии.

В большинстве Государств таких законов нет. Исключением является Швейцария, где Федеральный закон о борьбе с инфекционными заболеваниями человека прямо требует, чтобы Федеральное управление общественного здравоохранения уведомляло ВОЗ о событиях, которые могут привести к ЧСЗМЗ.²⁰¹ При Картировании ЧСЗ часто упоминается, что никаких конкретных мер не требуется, поскольку Государства обязаны уведомлять ВОЗ в силу обязательного характера ММСП. В сущности, это может быть правильно, и нет никаких доказательств того, что неуведомление когда-либо было обусловлено отсутствием четко выраженной обязанности в национальном законодательстве. Однако, как указывается в Отчете о ГРБ, ясность и определенность критически важны в механизмах раннего оповещения или уведомления для минимизации задержек. Установление четкой обязанности в национальном законодательстве может повысить степень определенности в решении вопроса о том, кто именно несет ответственность за уведомление ВОЗ²⁰² и когда такое уведомление является обязательным. Кроме того, национальное законодательство должно содержать положения, необходимые для обеспечения того, чтобы: (1) соответствующие национальные субъекты были обязаны своевременно уведомлять Национального координатора по ММСП о происшествиях в области общественного здравоохранения, которые могут представлять собой ЧСЗМЗ; и (2) Национальный координатор по ММСП имел полномочия и возможность уведомлять ВОЗ (и любое другое потенциально затронутое Государство) в сроки, предусмотренные ММСП.²⁰³ Также должно быть обеспечено право Национального координатора по ММСП делиться всей соответствующей информацией без ограничения другими законами. Например, Закон Австралии о национальной безопасности в области здравоохранения 2007 года гарантирует, что министр здравоохранения Австралии (Содружества) может раскрывать ВОЗ или другому Государству охраняемую личную или коммерческую информацию с целью введения в действие ММСП.²⁰⁴



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. При любом последующем пересмотре ММСП следует рассмотреть вопрос о необходимости или целесообразности включения в ММСП дополнительных положений, разъясняющих процесс уведомления ВОЗ и других Государств о возникающих угрозах общественному здоровью и соответствующую ответственность Государств.
2. Государствам следует:
 - a. пересмотреть процедуру назначения Национального координатора по ММСП и его функции;
 - b. рассмотреть вопрос о том, можно ли оптимизировать внедрение ММСП и управления рисками в области ЧСЗ, отразив четкое положение о назначении и функциях Национального координатора во внутреннем законодательстве и/или политике;
 - c. выявить наличие правовых препятствий для обмена информацией с ВОЗ и другими Государствами, и, при их наличии, провести правовые реформы для устранения таких препятствий.

В действующей редакции ММСП регламентировано только направление уведомлений или оповещений в ВОЗ или другие Государства. Они не предусматривают необходимость уведомления или оповещения организаций или населения пострадавшего Государства.

Однако последние изменения в законодательстве по УРБ способствуют введению обязанности по раннему оповещению о бедствиях и информированию о возникновении бедствия.²⁰⁵ (Под ранним оповещением понимается принятие мер до возникновения опасности на основании полученных предупреждений и информации о рисках, в отличие от информирования об опасности после того, как она материализуется). Одна из семи глобальных целей Сендайской рамочной программы заключается в значительном повышении доступности систем раннего оповещения о различных опасностях, информации о риске бедствий и соответствующих оценках.²⁰⁶ В проекте статей КМП о защите людей в случае бедствий предусмотрена обязанность устанавливать и подключать системы раннего оповещения при реализации общей обязанности Государств по снижению риска бедствий.²⁰⁷ В своем комментарии о введении обязательного сотрудничества при реагировании на бедствия КМП приводит пример обязанности пострадавшего Государства: «сразу после наступления бедствия информировать или уведомлять другие Государства и других содействующих субъектов, уполномоченных осуществлять сбор информации [и] раннее оповещение».²⁰⁸

В главе «Раннее оповещение, раннее реагирование» отчета о ГРБ подробно рассматривается вопрос разработки законодательства и/или политики в отношении систем раннего оповещения в более широком контексте ГРБ.²⁰⁹ Изложены следующие рекомендации: «Чтобы создать эффективную систему раннего оповещения о различных опасностях, законодательство и/или политика должны четко определять роли и обязанности всех участников мероприятий по повышению информированности о рисках бедствий, по мониторингу и прогнозу рисков, а также по подготовке и реализации раннего оповещения».²¹⁰ Далее рекомендуется, чтобы «законодательство и/или политика: регламентировали стандартные процедуры по подготовке или реализации оповещений; устанавливали требование о том, что оповещение должно содержать информацию о типе угрозы и четкие указания к действию; а также требовали от органов, ответственных за осуществления оповещения: (i) использовать широкий спектр каналов связи для распространения оповещений; (ii) разработать и внедрить механизмы обратной связи для проверки получения оповещений; (iii) разработать и реализовать планы по охвату наиболее уязвимых и отдаленных групп населения».²¹¹ Аналогичные принципы должны применяться при оповещении о ЧСЗ — о ЧСЗМЗ и ЧСЗ, которые не соответствуют критериям ММСП. В отдельных Государствах порядок оповещения о ЧСЗ уже может быть регламентирован внутренним законодательством по УРБ, но при Картировании ЧСЗ представлены ограниченные доказательства наличия обязанностей государственных органов по уведомлению или оповещению субъектов и граждан, в частности, о рисках или возникновении ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. При любом последующем пересмотре ММСП следует установить для Государств степень обязательности уведомления или оповещения ключевых национальных субъектов и населения о возникновении или неизбежном риске ЧСЗМЗ.
2. Национальное законодательство должно устанавливать для уполномоченных государственных органов обязанность уведомлять или оповещать всех ключевых национальных субъектов и население о возникновении или неизбежном риске ЧСЗМЗ.

4 / НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРАВОВАЯ И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ОСНОВА ДЛЯ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЧСЗ

4.1 / ВСТУПЛЕНИЕ

На основании рассмотрения международных правовых основ разработки национального законодательства по ЧСЗ в данной Главе описывается характер, источники и основные элементы такого законодательства.

В Отчете о ГРБ рассмотрено, как Государства разрабатывают меры по обеспечению готовности к бедствиям и реагированию на них в рамках усилий по УРБ. Выводы и рекомендации, описанные в Отчете, актуальны и для ЧСЗ. Соответственно, основой эффективной национальной системы УРБ (и, следовательно, системы управления рисками при ЧСЗ) является следующее:

«Важно,... чтобы совокупные полномочия институтов Государства были всеобъемлющими. То есть они должны коллективно охватывать все юрисдикции (национальные и субнациональные), все типы рисков (нарастающие и внезапные, естественные и антропогенные) и все функции (политические, организационные, относящиеся к мониторингу и оценке и т.п.). Кроме того, как показывает опыт, критически важно четко уяснить роли различных институтов, чтобы избежать путаницы и ненужных задержек, особенно, когда требуется немедленная помощь для спасения жизней».²¹²

В Отчете о ГРБ также подчеркивается важность создания эффективных механизмов координации для обеспечения участия всех государственных и негосударственных субъектов.²¹³ Приведены следующие рекомендации:

«Эффективность готовности к бедствиям и реагированию на них обеспечивается обязательной координацией как по горизонтали между различными отраслевыми ведомствами, так и по вертикали между различными уровнями власти. Кроме того, необходима координация между правительственными и неправительственными субъектами, в том числе международными.

Учитывая, что координация продолжает оставаться серьезной проблемой при реализации международных и внутригосударственных мероприятий по реагированию на бедствия, лица, принимающие решения, должны обеспечить законодательную регламентацию механизмов координации, охватывающих представителей всех отраслевых ведомств, всех уровней власти и всех типов неправительственных субъектов. Чтобы работать эффективно, координирующие органы должны проводить регулярные встречи (в том числе, в отсутствие активных операций по реагированию). При этом участникам должны быть предписаны четкие роли и обязанности».²¹⁴

Учитывая тот факт, что совместные действия при ЧСЗ могут выходить за рамки механизмов координации, установленных для УРБ, в Отчете по ГРБ закреплены следующие дополнительные рекомендации:

«Учитывая, что законы и программы в отношении бедствий могут не применяться к некоторым ситуациям, например, к чрезвычайным ситуациям медицинского или ядерного характера, лица, ответственные за принятие решений, должны также обеспечить законодательную регламентацию межотраслевых и многосторонних механизмов координации для таких исключительных типов чрезвычайных ситуаций».²¹⁵

Следовательно, принципы, изложенные в Отчете о ГРБ, имеют такое же большое значение для обеспечения эффективности системы управления рисками ЧСЗ. Однако из-за множества потенциальных участников, затрагиваемых слоев общества и секторов общества, вовлеченных в планирование и реагирование на ЧСЗ, потребность во всеобъемлющей и комплексной структуре может стать еще более актуальной. Обязанности в сфере общественного здравоохранения и ЧСЗ обычно менее фиксированы (как в юридическом, так и в практическом смысле), чем при наступлении чрезвычайных ситуаций иного плана: здравоохранение, даже в странах с централизованными системами управления, является сферой ответственности не только правительств и

национальных органов государственной власти — оно может включать также организации здравоохранения на всех уровнях (государственном и частном) и должно вовлекать членов всех сообществ, которые могут быть затронуты. Кроме того, в соответствии с подходом «Единое здоровье», важную роль должны играть организации, занимающиеся вопросами благополучия животных, растений и окружающей среды.

В свете вышеизложенного правовые и институциональные основы управления рисками ЧСЗ могут быть более многогранными и сложными, чем другие механизмы УРБ. Следовательно, еще большую значимость приобретает всеобъемлющий, четкий, определенный и понятный для всех характер тех условий, в которых приходится действовать. Также важны эффективные механизмы координации и, как следует из Бангкокских принципов, интеграции между управлением рисками ЧСЗ и общим УРБ.

Таким образом, на основании информации, полученной по результатам Картирования ЧСЗ, в данной Главе анализируются следующие вопросы, относящиеся к национальным структурам управления рисками ЧСЗ:

- степень интеграции или дезинтеграции внутренних структур управления рисками ЧСЗ с общими структурами УРБ;
- степень ясности полномочий государственных учреждений, ответственных за обеспечение готовности и реагирования на ЧСЗ;
- степень охвата всех этапов управления рисками (т. е. снижение риска, реагирование, обеспечение готовности и восстановление) внутренними структурами управления рисками ЧСЗ;
- степень четкости распределения ролей и обязанностей между всеми участниками и заинтересованными сторонами (как правительственными, так и неправительственными);
- наличие эффективных механизмов координации, включающих и объединяющих всех соответствующих субъектов и участников;²¹⁶
- наличие у конкретного субъекта полномочий по общему руководству и контролю реагирования на ЧСЗ и способ реализации таких полномочий;
- степень отражения существующими структурами управления рисками ЧСЗ общесоциального и общегосударственного подхода при решении вопросов ЧСЗ;
- планирование на случай непредвиденных обстоятельств в рамках функционирования структур управления рисками ЧСЗ.

Йемен, 2020 г. Национальное общество Красного Полумесяца Йемена реализует меры по профилактике COVID-19 и борьбе с заболеванием в период школьных выпускных экзаменов. © Йеменский Красный Полумесяц / Несрин Ахмад



4.2 / ИНТЕГРАЦИЯ

4.2.1 / Бангкокские принципы и интеграция

Одна из задач настоящего Отчета заключается в определении степени дезинтеграции или интеграции структур управления рисками ЧСЗ с более широкими структурами УРБ. Отчасти это необходимо для того, чтобы понять, в какой мере в настоящее время выполняются положения Бангкокских принципов о том, что вопросы здравоохранения и программы и планы по снижению риска бедствий должны быть взаимно интегрированы.

Бангкокские принципы и их цель рассматриваются в разделе 3.2. Первый Бангкокский принцип провозглашает «систематическую интеграцию вопросов здравоохранения в национальные и субнациональные политики и планы по снижению риска бедствий, а также включение программ управления рисками чрезвычайных ситуаций и бедствий в национальные и субнациональные стратегии в области здравоохранения».²¹⁷ Бангкокские принципы также направлены на укрепление сотрудничества между органами здравоохранения и иными заинтересованными сторонами в целях укрепления потенциала страны в области управления рисками бедствий в сфере здравоохранения, а также для имплементации ММСП и построения устойчивых систем охраны здоровья.²¹⁸

Картирование ЧСЗ показало, что структура, функции и полномочия в сфере управления рисками ЧСЗ основаны на трех обширных категориях законов и/или политик: законы и/или политики о ЧСЗ или общественном здравоохранении; законы и/или политики об УРБ, а также законы, которые определяют и регулируют исключительные положения и, главным образом, режим чрезвычайного положения (**ЧП**). Однако существуют значительные различия в том, какие типы законов применяются к конкретным аспектам процесса управления рисками ЧСЗ, в какое время в период ЧСЗ и к каким субъектам они могут быть применены. В целом, Картирование ЧСЗ показывает, что чаще всего структуры управления рисками ЧСЗ не основываются на законах и/или политиках, регламентирующих отдельные режимы (ЧСЗ или УРБ), а устанавливаются путем сочетания норм о нескольких режимах (ЧСЗ и УРБ — а также ЧП, если имеются отличия от УРБ).

Хотя большинство структур действуют в рамках сочетания норм о ЧСЗ и УРБ, существуют значительные различия между Государствами. Такие структуры могут быть концептуализированы как действующие исключительно на основании законов и политик по ЧСЗ или общественному здравоохранению, с одной стороны, или исключительно на основании законов и политик по УРБ, с другой стороны. Как отмечалось выше, наиболее распространен подход, сочетающий эти два крайних варианта. Структуры можно разделить на три категории:

1. структуры, основанные исключительно на законодательстве о ЧСЗ или общественном здравоохранении или основанные исключительно на таком законодательстве, но применяющие законодательство об УРБ или ЧП в экстренных обстоятельствах (**«структуры, основанные на нормах о ЧСЗ»**);
2. структуры, основанные преимущественно на законодательстве о ЧСЗ, но принимающие во внимание нормы законов об УРБ и/или ЧП, поддерживающие и дополняющие такое законодательство в меньшей или большей степени (**«гибридные или комбинированные структуры»**);
3. структуры, основанные исключительно на законодательстве об УРБ (**«структуры, основанные на нормах об УРБ»**).

4.2.2 / Структуры, основанные на нормах о ЧСЗ

Несмотря на то, что большинство Государств выборки в определенной степени полагаются на законодательство в области ЧСЗ или общественного здравоохранения при создании своих структур, лишь некоторые из них полагаются исключительно на законы об общественном здравоохранении. Однако даже такие Государства обычно сохраняют некоторую возможность применять более широкое законодательство об УРБ или ЧП, если возможности законодательства о ЧСЗ недостаточны. В Великобритании, например, регулирование ЧСЗ может осуществляться в соответствии с положениями или полномочиями, предусмотренными в законах об общественном здравоохранении.²¹⁹ В крайних случаях, однако, правительство может прибегнуть к нормам законодательства об УРБ и к Закону 2004 года о гражданских чрезвычайных ситуациях,²²⁰ если его полномочия в области ЧСЗ будут недостаточными. Аналогичный подход применяется в Австралии, где, как на уровне Содружества, так и на уровне штатов, большинство ЧСЗ могут быть разрешены на основании норм законодательства об общественном здравоохранении²²¹ и в рамках соответствующих планов. В этой стране также имеется возможность при необходимости прибегнуть к более общим полномочиям, предусмотренным в законодательстве об УРБ. Аналогичным образом, в Бразилии основные нормы о ЧСЗ содержатся в законодательстве об общественном

здравоохранении: на основании постановлений Министерства здравоохранения на всей территории страны может быть объявлена чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения и созданы операционные центры ЧСЗ.²²² Именно в рамках такого подхода была создана Межведомственная исполнительная группа по чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения национального и международного значения для борьбы с COVID-19.²²³ В Либерии, стране, пережившей вспышку Эболы, в ответ на COVID-19 было объявлено чрезвычайное положение, но правовые полномочия по реагированию на Пандемию COVID-19, по-видимому, были основаны на нормах сводного Закона об общественном здравоохранении.²²⁴ Несмотря на эти примеры, структуры, основанные на нормах о ЧСЗ, встречаются реже всего.

4.2.3 / Гибридные или комбинированные структуры

Гибридные или комбинированные структуры являются в настоящее время наиболее распространенной моделью, описанной при Картировании ЧСЗ. Как правило, большинство положений, необходимых для реагирования на ЧСЗ (и, хотя и в меньшей степени, для обеспечения готовности к ЧСЗ), содержатся в законах и политиках по ЧСЗ, но при этом законодательство или политики об УРБ используются: (1) для дополнения таких положений, обычно путем установления административных или оперативных договоренностей (например, требований к участию или координации); и/или (2) для предоставления расширенных полномочий, например, посредством объявления режима бедствия.

Одним из примеров гибридной структуры является Китай (при этом структура этой страны основана в большей мере на нормах о ЧСЗ). В Китае реагирование на ЧСЗ должно осуществляться в соответствии с нормами Закона КНР о профилактике и лечении инфекционных заболеваний, Положения о реагировании на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения и Национального плана действий при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения. Тем не менее, эти инструменты могут быть — и были во время Пандемии COVID-19 — дополнены мерами, принятыми в соответствии с Законом КНР о реагировании на чрезвычайные ситуации и Уведомлением Главного управления Государственного совета о принятии мер по управлению планами реагирования на чрезвычайные ситуации.²²⁵ Ответные меры на Пандемию COVID-19 в Республике Корея, по-видимому, также регулируются законодательством в области общественного здравоохранения,²²⁶ но в пределах, установленных общим Рамочным законом о борьбе с бедствиями и обеспечении безопасности.²²⁷ На Шри-Ланке меры реагирования на ЧСЗ регулируются как законами об общественном здравоохранении, так и законами об УРБ.²²⁸

По результатам Картирования ЧСЗ, в Колумбии также была выявлена значительная гибридность структур. Основные ответные меры по реагированию на ЧСЗ закреплены в законах об общественном здравоохранении, включая функции по мониторингу эпидемий, контролю за санитарным состоянием портов, судов и транспортных средств,²²⁹ а также по объявлению чрезвычайного положения в области здравоохранения.²³⁰ Однако применяются также нормы законодательства об УРБ, в том числе указы и законы, на основании которых в Колумбии был учрежден Национальный Фонд по борьбе с последствиями бедствий²³¹ и разработана Национальная стратегия управления рисками²³². Кроме того, Конституцией Колумбии предусмотрены полномочия по объявлению чрезвычайного положения.²³³ Более того, фактическое оперативное управление мерами реагирования, по-видимому, предпринимается производными организациями по УРБ.

Выше приведены примеры структур, которые можно описать как горизонтально гибридные. Это означает, что на национальном уровне полномочия реализуются на основании законодательства как о ЧСЗ, так и об УРБ. Имеются также примеры вертикальной гибридности. Это присуще тем структурам, полномочия которых на местном или субнациональном уровне могут быть закреплены в законодательстве о ЧСЗ, но дополнены на основании норм национального законодательства об УРБ, если имеется необходимость в расширении полномочий, или если возможности реагирования местного или субнационального правительства на ЧСЗ недостаточны. Такой тип структуры свойственен для США, где первоначальные действия предпринимаются на уровне штатов в соответствии с законами об общественном здравоохранении. Если объединенные возможности штатов или племенных правительств недостаточны, Президент США может предпринять действия в соответствии с Законом Роберта Т. Стаффорда об оказании помощи при бедствиях и чрезвычайных ситуациях, чтобы объявить режим крупного бедствия или чрезвычайного положения.²³⁴

4.2.4 / Структуры, основанные на нормах об УРБ

Лишь в некоторых Государствах выборки доминируют структуры, основанные на нормах об УРБ. Под эту категорию в выборке подпадают только Южно-Африканская Республика, Гондурас и Ямайка. Закон Южно-Африканской

Республики о борьбе с бедствиями²³⁵ охватывает все риски и ЧСЗ. Меры реагирования на Пандемию COVID-19, как сообщается, реализуются в рамках полномочий, предусмотренных этим Законом и соответствующими подзаконными актами. По результатам Картирования ЧСЗ, в Гондурасе основные нормы о ЧСЗ содержатся в законодательстве о реагировании на чрезвычайные обстоятельства национального масштаба²³⁶, которым охватываются все или большинство рисков. Согласно таким законам, Министр здравоохранения уполномочен принимать меры по реагированию на бедствия, в том числе объявлять о чрезвычайной эпидемиологической ситуации и проводить оценку угроз и уязвимости в сфере здравоохранения.²³⁷ На Ямайке в Законе 1993 года о готовности к бедствиям и управлении в чрезвычайных ситуациях реализован подход, основанный на учете всех рисков. Этот Закон обеспечивает готовность к любым бедствиям, включая ЧСЗ, и принятие мер по реагированию на них.²³⁸

4.2.5 / Текущая интеграция

Таким образом, единственный вывод, который можно сделать по результатам Картирования ЧСЗ, заключается в том, что, лишь за некоторыми исключениями, практически все структуры в Государствах выборки основаны на нормах законодательства о ЧСЗ/общественном здравоохранении и об УРБ. В большинстве случаев в законодательстве о ЧСЗ или общественном здравоохранении определяется ведущий орган (обычно министр или министерство здравоохранения), который распределяет полномочия и средства контроля, подлежащие использованию при реагировании на ЧСЗ (например, возможность устанавливать или осуществлять чрезвычайные полномочия, вводить карантин и т.д.). При этом законодательство или рекомендации об УРБ обязывают субъекты осуществлять подготовку к ЧСЗ или устанавливают механизмы координации.

Возможно, так и было запланировано. Однако, особенно в тех случаях, когда структуры не подвергались недавнему пересмотру, это, скорее всего, связано с тем, что (1) управление рисками ЧСЗ и УРБ ранее рассматривались как отдельные элементы и осуществлялись отдельными ведомствами, и/или что (2) некоторые законодательные акты в области ЧСЗ и здравоохранения устарели и не отражают современное понимание комплексного управления рисками бедствий и необходимости принятия подхода, учитывающего все риски.

Таким образом, можно сделать вывод об ограниченной интеграции законов, по крайней мере, в виде объединения или слияния в один законодательный акт, содержащий положения, необходимые для борьбы со всеми типами бедствий, включая ЧСЗ. Однако на уровне политик, как было показано при Картировании ЧСЗ, имеется больше свидетельств наличия принятых комплексных планов по реагированию на все виды рисков. Такие планы могут быть представлены в виде (1) комплексных (например, как единая политика/план по реагированию на все виды рисков) или (2) отдельных документов (например, как политика/план по реагированию на ЧСЗ, входящая в более широкие общие политики или планы). Таким образом, эти базовые стратегии или планы можно рассматривать как предпосылки обеспечения определенной интеграции между управлением рисками ЧСЗ и УРБ.

4.2.6 / Перспективы интеграции

Несмотря на то, что существует потребность в усилении интеграции, как того требуют Бангкокские принципы, в настоящее время не выработано определенного общего подхода к достижению данной цели. Несомненно, одним из возможных вариантов является объединение мер реагирования на все виды рисков и типов бедствий в рамках одного свода законов и единой структуры. Однако зафиксированное в Бангкокских принципах стремление к большей согласованности правовых актов²³⁹ может быть достигнуто и другими способами. Как показывают результаты Картирования ЧСЗ, структуры по реагированию на ЧСЗ и УРБ иногда уже интегрированы или объединены в определенной степени не через законы, а посредством политик и планов. Если такие инструменты «мягкого права», как политики и планы, интегрированы эффективно, то этого может быть достаточно.

Действительно, Бангкокские принципы не требуют, чтобы управление рисками ЧСЗ было полностью включено в законодательство об УРБ (хотя они и не исключают этого). Примеры, где это имеет место, в частности, Ямайка и Южно-Африканская Республика, требуют дальнейшего изучения после прекращения Пандемии COVID-19 для оценки практических и операционных преимуществ и недостатков такого подхода. Принятие единого сводного законодательного акта имеет потенциальные недостатки. Опасность полной интеграции заключается в потере или игнорировании определенных элементов интегрируемого режима, и, как следует из настоящего Отчета, существует множество аспектов управления рисками ЧСЗ, которые свойственны только сфере общественного здравоохранения.

Учитывая гибридный характер механизмов, действующих в большинстве Государств выборки, достижение полной интеграции может потребовать значительных изменений в культуре и подходе, а во многих случаях — даже реформы всего законодательства. Сам по себе данный вывод — не причина отказываться от изменений,

если имеются убедительные доказательства, подтверждающие их пользу, но таких доказательств просто не существует (по крайней мере, в настоящее время). Было бы неуместно делать какие-либо выводы относительно того, что необходимо для достижения интеграции в каждом Государстве, на основе результатов формальной проверки, включающих (по причинам, указанным в Главе 1) ограниченный анализ текущих структур. Что еще более важно, оценить эффективность структур в достижении интеграции можно только посредством комплексного изучения и, в частности, путем анализа их оперативного функционирования. Опыт Пандемии COVID-19 предоставит столь необходимые свидетельства того, как справляются со своими задачами различные типы структур, что может послужить основой для их дальнейшего изучения.

Невозможно утверждать, что для интеграции требуется какой-то конкретный тип национальной правовой системы, однако, бесспорно, интеграция требует устранения пробелов, противоречий, непоследовательности или ненужного дублирования норм, устанавливающих полномочия, роли, обязанности и другие механизмы, закрепленные в нормативных актах о ЧСЗ и УРБ. Тот факт, что гибридные структуры, по-видимому, являются наиболее распространенным типом механизмов, подчеркивает важность проведения пересмотров, призванных установить наличие таких проблемных точек и, если они имеются, определить способы их устранения для повышения интеграции.

Более того, крайне важно, чтобы структура, независимо от ее типа, устанавливала ключевые элементы эффективного управления рисками ЧСЗ и содействовала их реализации. Эти элементы, которым посвящена оставшаяся часть настоящей Главы, включают, кроме прочего: комплексный подход, основанный на учете всех рисков и всех интересов государства и общества; четкое установление полномочий по управлению рисками ЧСЗ (включая необходимые правовые полномочия и возможности управлять рисками ЧСЗ на всех этапах); четкое и понятное распределение ролей и обязанностей участников и заинтересованных сторон; скоординированное участие всех соответствующих субъектов и заинтересованных сторон.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. соответствовать ключевым характеристикам, указанным в рекомендациях настоящей Главы;
 - b. соответствовать определенным международным актам, включая ММСП, Сендайскую рамочную программу и Бангкокские принципы, и имплементировать их;
 - c. быть интегрированными с общими структурами УРБ (включая национальные и местные стратегии снижения риска бедствий) для обеспечения отсутствия пробелов, противоречий, несоответствий или излишнего дублирования полномочий, функций, обязанностей и других механизмов, закрепленных в законодательстве о ЧСЗ и УРБ.
2. Государства при пересмотре своего законодательства, политик и планов по управлению рисками ЧСЗ должны определить, интегрированы ли законы, политики и планы по ЧСЗ в деятельность общих структур по УРБ в том смысле, который отражен в вышеприведенном пункте (1) (с).

4.3 / ПОЛНОМОЧИЯ ПО УПРАВЛЕНИЮ ЧСЗ В НАЦИОНАЛЬНОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ

4.3.1 / Управляемые риски для здоровья населения

Ключевым требованием Отчета о ГРБ является ясность полномочий по УРБ. Для обеспечения ясности в этом вопросе важно идентифицировать и понимать риски, требующие управления. Неточность в определениях может привести к невозможности установить: (1) ответственных субъектов и их полномочия; (2) момент времени, в который такие полномочия могут возникнуть; (3) допустимые меры и порядок их принятия. Это в равной мере применимо к структурам управления рисками ЧСЗ, но Картирование ЧСЗ показывает, что идентификация и понимание рисков для здоровья населения может быть более сложным процессом. Это может происходить по двум причинам: (1) определение ЧСЗ, особенно в давно действующих законах, основано на ограничительном толковании риска для здоровья населения; (2) сложилась модель понимания ЧСЗ как вторичного или производного от других бедствия.

В Главе 2 настоящего документа рассматривается международная концепция понимания ЧСЗМЗ и приводится определение ЧСЗ, предложенное ВОЗ. Некоторые Государства используют эти определения в своем законодательстве. Но многие не делают этого. Картирование ЧСЗ выявило некоторую несогласованность в терминологии, используемой для описания «событий в сфере здравоохранения», к которым нужно готовиться и на которые необходимо реагировать. Такое несоответствие проявляется в национальном законодательстве разных Государств, но может также обнаруживаться в законодательных актах одного и того же Государства.

Первая проблема, которая может возникнуть в этой связи, — это ограничение перечня «событий в сфере здравоохранения», к которым могут быть применены полномочия, связанные с ЧСЗ. Это характерно, как правило, для давно принятых законов. В некоторых законодательных актах, указанных в результатах Картирования чрезвычайных декретов и ЧСЗ, ЧСЗ определяются с отсылкой к перечню конкретных заболеваний. Законодательство обычно требует уведомлять соответствующие органы в случае обнаружения одного из таких заболеваний. При этом меры реагирования могут быть приняты только в ответ на их вспышку. Реализуемые при этом полномочия по реагированию не применимы при возникновении других видов рисков для здоровья населения. Связанные с этим проблемы можно нивелировать. Во многих случаях перечень заболеваний может быть расширен. Например, в Законе Тувалу об общественном здравоохранении от 2008 года ряд заболеваний обозначен как «инфекционные», однако Министр здравоохранения вправе расширить их перечень.²⁴⁰ Тем не менее, для этого зачастую требуется совершить официальные действия, например, издать приказ о внесении изменений в законодательство. Более того, данный подход несовместим с концепцией «комплексного охвата рисков для здоровья населения», на котором основаны действующие ММСП.

Излишне ограничительный подход сопряжен с тремя рисками: (1) в случае необходимости реагирования на новое заболевание, сначала может потребоваться издание нормативного акта, вносящего такое новое заболевание в имеющийся перечень, что может привести к задержке мер реагирования; (2) если болезнь вносится в перечень только после того, как она возникла, возможности по подготовке к вспышке такого заболевания могут быть ограничены; (3) предписывающий характер перечня инфекционных или заразных заболеваний сопряжен с риском игнорирования тех опасностей для здоровья населения, которые не являются болезнями как таковыми. Таким образом, выстроенное по такой модели законодательство может не охватывать некоторые элементы определения ЧСЗ, предложенного ВОЗ, например, биотерроризм, выброс агентов или токсинов и УПП.

Метод утверждения перечня заболеваний характерен преимущественно для давно действующих законодательных актов. Давно действующее законодательство также может нести риски сохранения устаревших подходов к ЧСЗ, особенно в тех случаях, когда такие подходы несовместимы с ММСП. В ряде Государств выборки основные законодательные акты в сфере здравоохранения или ЧСЗ приняты очень давно. В Индии, например, меры по реагированию на ЧСЗ до настоящего времени основываются на Законе от 1897 года об эпидемических заболеваниях, который был принят после вспышки бубонной чумы в Мумбаи в 1890-х годах.²⁴¹ В ряде Государств до сих пор применяются законы 1930-х годов, например, Закон Уганды об общественном здравоохранении от 1935 года²⁴² и Закон Замбии об общественном здравоохранении от 1930 года.²⁴³ Карантинное законодательство также может быть устаревшим. К примеру, Закон Нигерии о карантине от 1926 года²⁴⁴ и Закон Гренады о карантине от 1947 года.²⁴⁵ Постановление правительства Шри-Ланки о карантине также было принято очень давно. В Лесото²⁴⁶ и Либерии²⁴⁷ действует более новое законодательство, которое, тем не менее, было принято в 1970-х годах.

Давно принятый закон не всегда является плохим, и, возможно, в перечисленные выше законодательные акты позже были внесены поправки. Однако концепции общественного здравоохранения и борьбы с инфекционными заболеваниями XIX или начала XX веков значительно отличаются от современных. В ряде законов все еще содержатся упоминания о заболеваниях, которые больше не встречаются, например, об оспе. Кроме того, такое законодательство было введено в действие тогда, когда международные поездки не были обычным явлением, миграционные, экологические и климатические факторы практически не принимались во внимание, а биотерроризм или УПП не были известны миру. Таким образом, спорным представляется наличие в таких законодательных актах положений или принципов, соответствующих современным представлениям об эпидемиологии и угрозах. Даже в Государствах с более современным законодательством важно регулярно пересматривать нормативно-правовые акты и обеспечивать их соответствие современным реалиям по мере появления новых рисков для здоровья населения и изменения мер по реагированию на них.

По результатам Картирования ЧСЗ выявлено множество законодательных актов, которые лучше отражают современные концепции ЧСЗ. Многие Государства выборки реализуют более гибкий подход или концепцию «комплексного охвата рисков для здоровья населения» в своих законах или политиках, что соответствует концепции ММСП. В Сингапуре, например, Закон об инфекционных заболеваниях применяется с основой на утвержденный перечень заболеваний, но включает общую сводную статью, которая распространяет действие Закона на вновь возникающие риски.²⁴⁸ Следовательно, нет необходимости вносить официальные поправки или дополнения в утвержденный перечень заболеваний, потому как на новое заболевание можно будет реагировать в рамках действующего законодательства. В Республике Корея этот вопрос решается путем утверждения перечня заболеваний, в который уполномоченным должностным лицом могут быть внесены непоименованные заболевания при наличии «опасений по поводу возможности их внезапной передачи или распространения в Республике Корея и при необходимости принятия неотложных мер по профилактике и реагированию».²⁴⁹

Альтернативный подход состоит в том, чтобы включить ЧСЗ в общее определение «бедствия» или «чрезвычайной ситуации» путем (1) включения эпидемий и вспышек в перечень опасностей, которые могут вызвать бедствие или чрезвычайную ситуацию, либо (2) определения бедствия или чрезвычайной ситуации через масштаб угрозы, разрушения или ущерба сообществу (независимо от их причины). Такой подход также согласуется с концепцией комплексного охвата рисков для здоровья населения, поскольку он не ограничивает реализацию чрезвычайных полномочий и мер необходимостью реагирования лишь на конкретные опасности в сфере здравоохранения. Например, в Законе Маршалловых Островов о чрезвычайных ситуациях говорится о «серьезной [существующей] чрезвычайной ситуации, угрожающей жизни, здоровью или имуществу».²⁵⁰ Данное определение является достаточно широким, чтобы охватить ЧСЗ. В Австралии в соответствии с законодательством об УРБ штатов Виктория и Новый Южный Уэльс определение «чрезвычайной ситуации» распространяется на ЧСЗ, в результате чего при необходимости полномочия, предусмотренные соответствующими актами, могут быть реализованы для реагирования на ЧСЗ.²⁵¹

Очевидно, что метод имплементации концепции комплексного охвата рисков для здоровья населения в законах и/или политиках разных Государств будет отличаться. Однако Картирование ЧСЗ описывает различные способы, с помощью которых Государства могут обеспечивать максимально широкий охват рисков для здоровья населения в рамках управления рисками ЧСЗ.

4.3.2 / Вторичные ЧСЗ

Еще одной проблемой, выявленной в связи с концепцией ЧСЗ, является склонность оценивать ЧСЗ как вторичные или косвенные бедствия, но не как первичные. Пандемия COVID-19 показала, что так к ним относиться нельзя, хотя в прошлом готовность к ЧСЗ рассматривала такие ситуации в основном как события, вызванные другими бедствиями. Картирование ЧСЗ в Иране является тому примером. В Иране планы по предотвращению и сдерживанию инфекционных заболеваний, как правило, ориентированы на предотвращение распространения заболеваний после бедствий, вызванных опасными природными явлениями, а не на реагирование на пандемию или другую ЧСЗ.²⁵² Очевидно, что ЧСЗ могут возникать в результате других типов бедствий или одновременно с ними, но их также следует рассматривать и независимо от других чрезвычайных ситуаций. УСРБ ООН рассмотрело данный вопрос в рамках своего Обзора государственного управления рисками бедствий во время Пандемии COVID-19 в Азиатско-Тихоокеанском регионе. В Обзоре подчеркивается, что в Азиатско-Тихоокеанском регионе недостаточное внимание было уделено управлению биологическими опасностями и чрезвычайными ситуациями, тогда как акцент в большинстве стратегий СРБ был сделан на стихийных бедствиях. В выводах Обзора подчеркивается необходимость подхода, основанного на действительно комплексном учете всех видов опасностей при управлении рисками.²⁵³ Из этого следует, что структура управления рисками ЧСЗ должна охватывать как первичные, так и вторичные ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Государства, которые до сих пор не сделали этого, должны провести пересмотр своих законов, политик и планов, касающихся управления рисками ЧСЗ, чтобы они соответствовали современным задачам, и, при необходимости, в срочном порядке разработать новые или внести поправки в существующие.
2. Национальное законодательство, политики и планы должны определять деятельность структур по управлению рисками в сфере ЧСЗ, которые позволяют обеспечивать готовность к максимально широкому спектру рисков для здоровья населения и к реагированию на них, реализуя концепцию комплексного охвата рисков для здоровья населения в соответствии с ММСП.
3. Национальное законодательство, политики и планы должны содержать положения о том, что структуры управления рисками ЧСЗ и/или структуры УРБ вправе реагировать как на первичные, так и на вторичные ЧСЗ в рамках комплексного подхода к управлению рисками.
4. Все такие законы и/или политики должны гарантировать следующее:
 - a. определенность в отношении типов рисков и событий в области общественного здравоохранения, для обеспечения готовности и реагирования на которые предусмотрены необходимые полномочия;
 - b. гибкость для того, чтобы функции по обеспечению готовности и реагированию применялись к новым и вновь возникающим рискам для здоровья населения.
5. Необходимо проводить регулярный пересмотр национального законодательства, политик и планов, касающихся ЧСЗ, для поддержания их соответствия своему назначению и для учета всех текущих и новых угроз ЧСЗ, включая новые вирусные заболевания, агенты, токсины и опасности, такие как, например, устойчивость к противомикробным препаратам.

4.3.3 / Этапы управления рисками ЧСЗ

Еще одним требованием к комплексной интегрированной структуре управления рисками ЧСЗ является ее применение ко всем этапам управления рисками ЧСЗ. Концепция государственного управления рисками бедствий значительно изменилась за последние годы, главным образом благодаря Сендайской рамочной программе. УРБ сейчас рассматривается не просто как планирование и реагирование на бедствия, но как усилия по снижению риска бедствий и восстановлению после них. Поэтому комплексная структура УРБ, особенно интегрированная, должна учитывать все этапы УРБ, а именно:

- Снижение риска бедствий (**СРБ**): меры, направленные на предотвращение новых и снижение существующих рисков бедствий, а также на управление остаточными рисками, причем все из указанных мер должны способствовать повышению устойчивости и, следовательно, устойчивому развитию.
- Готовность к бедствиям: знания и возможности, накопленные правительственными структурами, организациями по реагированию и восстановлению, сообществами и отдельными лицами для эффективного прогнозирования, реагирования и восстановления после вероятных, неминуемых или текущих бедствий.
- Меры реагирования на бедствие: действия, предпринимаемые непосредственно до, во время или сразу после возникновения бедствия для спасения жизней, уменьшения вреда здоровью, обеспечения общественной безопасности и удовлетворения основных жизненных потребностей пострадавших людей.
- Восстановление после бедствия: восстановление или улучшение источников средств к существованию, системы здравоохранения, а также экономических, физических, социальных, культурных и экологических активов, систем и видов деятельности пострадавшего от бедствия сообщества или общества в соответствии с принципами устойчивого развития и правилом «восстановить лучше, чем было», чтобы избежать бедствий в будущем или снизить их риск.²⁵⁴

Комплексная структура управления рисками ЧСЗ также должна охватывать эти четыре ключевых этапа. В данном Отчете основное внимание уделяется вопросам готовности и реагирования на ЧСЗ. Эти этапы подробно рассматриваются в других документах, но было бы упущением не упомянуть меры по снижению риска ЧСЗ и восстановлению после них хотя бы вкратце. Это особенно важно, поскольку, как показывает Картирование

Индонезия, 2019 г. Многие сообщества по всей Индонезии уязвимы к бедствиям и вспышкам заболеваний. Бедствия часто приводят к вспышкам заболеваний, многие из которых являются зоонозными, то есть вызываются инфекциями, передаваемыми человеку от животных. Сельские сообщества, для которых сельское хозяйство служит источником средств к существованию, зачастую подвергаются более высокому риску.

© МФОККИКП / Корри Батлер



ЧСЗ, существующие структуры управления рисками ЧСЗ недостаточно отлажены или интегрированы на всех четырех этапах, хотя в Государствах выборки приняты законы, регулирующие меры по реагированию на ЧСЗ.

Как уже отмечалось, полномочия по реагированию на ЧСЗ и содействию этому в подавляющем большинстве случаев предусмотрены в законодательстве по ЧСЗ, в законах об общественном здравоохранении или в рамках полномочий по реагированию на ЧП. Как указывается в настоящем Отчете, правовые механизмы реагирования на ЧСЗ не лишены недостатков, но, тем не менее, они внедрены. Этап обеспечения готовности (в частности, планирование на случай непредвиденных обстоятельств) рассматривается в разделе 4.6. Способ решения задач данного этапа менее комплексный, однако как в законодательстве так и в политике большинства Государств выборки действительно отражена та или иная форма процесса планирования ЧСЗ.

С другой стороны, положения о снижении рисков ЧСЗ и восстановлении после них отсутствуют в законах и политиках многих Государств, о чем было указано в результатах Картирования ЧСЗ. Это может быть связано с давностью принятия большинства законодательных актов в области ЧСЗ. В законах, принятых до разработки Сендайской рамочной программы и внедрения более современного понимания комплексного характера УРБ, как правило, не регламентируется снижение рисков бедствий или восстановление после них. Если источником норм о ЧСЗ является законодательство в области общественного здравоохранения, а не законодательство об УРБ, вышеупомянутые элементы могут не быть включены в такие законы (возможно, потому, что эти концепции еще не полностью встроены в сферу общественного здравоохранения, как того требуют Бангкокские принципы). Тем не менее, важно, чтобы Государства, которые еще не сделали этого, включили этапы снижения риска бедствий и восстановления после них в свои структуры управления рисками ЧСЗ.

Снижение риска ЧСЗ

Пандемия COVID-19 помогла осознать наличие серьезных, связанных с зоонозными заболеваниями рисков, которым ранее уделялось недостаточно внимания. По оценкам, более 6 из каждых 10 известных инфекционных заболеваний могут передаваться людям от животных, а 3 из каждых 4 новых или вновь возникающих инфекционных заболеваний у людей являются зоонозными.²⁵⁵ Основным фактором риска зоонозных заболеваний признается «нерегулируемое распространение животноводства, которое вторгается в первозданную среду обитания, подталкивая домашних животных, людей и диких животных к более тесным и частым контактам».²⁵⁶ Изменения в сфере путешествий, туризма и торговли также повлияли на эпидемиологию зоонозов.²⁵⁷ Для эффективного устранения рисков, связанных с зоонозными заболеваниями, необходим подход в рамках концепции «Единое здоровье», которая предполагает привлечение к участию и управлению структур, ответственных за состояние здоровья людей, животных и растений, а также природоохранных ведомств. Другую серьезную угрозу для здоровья населения, которую также следует рассмотреть в рамках этапа снижения риска, представляет устойчивость к противомикробным препаратам (УПП). УПП является угрозой для системы здравоохранения, которую можно сравнить с проблемой изменения климата как долгосрочной и медленно нарастающей опасностью в области УРБ.

Ни одна структура управления рисками ЧСЗ не должна игнорировать такие глубокие вопросы. Это уже нашло свое отражение в деятельности некоторых структур. Например, Североамериканский план по борьбе с пандемическим гриппом животных был разработан после того, как США, Канада и Мексика обсудили проблему распространения пандемии H1N1 в 2009 году и ее потенциальные последствия.²⁵⁸ В Англии и Уэльсе ветеринарное законодательство требует соблюдения национальных планов на случай непредвиденных обстоятельств, а также предусматривает специальные положения по борьбе с зоонозными заболеваниями.²⁵⁹ Закон Либерии об общественном здравоохранении также содержит положения о борьбе с зоонозными заболеваниями и отдельно касается платформы «Единое здоровье».²⁶⁰²⁶¹

Из-за ограниченного характера аналитических данных о снижении рисков в результатах Картирования ЧСЗ, настоящий Отчет содержит информацию о незначительном числе законов или политик Государств, включающих положения о снижении рисков ЧСЗ.²⁶² Дальнейшие исследования и отчеты, несомненно, будут выполнены для подробного изучения данного аспекта ЧСЗ. Тем не менее, применительно к законам и/или политикам, которые могут стать основой для создания комплексной структуры управления рисками ЧСЗ, в научных источниках и отчетах о Пандемии COVID-19 подчеркивается необходимость снижения риска будущих ЧСЗ. В концепции «Единое здоровье», кроме прочего, подчеркивается необходимость вовлечения и/или координации действий с субъектами, занимающимися вопросами здоровья животных, растений и состояния окружающей среды, на протяжении всего континуума управления рисками ЧСЗ/УРБ.

Восстановление после ЧСЗ

Этап восстановления после ЧСЗ, как и этап снижения риска, не описывается подробно в результатах Картирования ЧСЗ. В результатах Картирования ЧСЗ рассматривается роль правовых инструментов в смягчении последствий ЧСЗ, что включает обсуждение начальных мер для инициирования процесса восстановления после Пандемии COVID-19. Кроме того, ряд экономических, социальных и образовательных мер, предпринятых для смягчения прямых последствий Пандемии COVID-19, может оказать поддержку в восстановлении после Пандемии.

Однако, учитывая отсутствие информации о регламентировании процесса восстановления в результатах Картирования ЧСЗ, на данном этапе можно лишь сказать, что, как и в случае со снижением риска, если Государства начнут работу по созданию комплексных структур управления рисками ЧСЗ, все этапы в континууме управления рисками должны быть включены в единую систему, включая этап восстановления.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Национальное законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. принимать во внимание более широкие разработки в области управления рисками ЧСЗ, такие как концепция «Единое здоровье» и растущее признание важности мер по снижению риска;
 - b. предусматривать меры по снижению риска ЧСЗ, в том числе путем обеспечения координации мер и действий с субъектами, ответственными за состояние животного, растительного мира и окружающей среды (равно как и с другими субъектами программы «Единое здоровье»);
 - c. регламентировать восстановительный этап посредством положений, прямо или косвенно обеспечивающих восстановление после ЧСЗ.

4.4 / КООРДИНАЦИЯ И РУКОВОДСТВО ²⁶³

4.4.1 / Координация

В Отчете о ГРБ говорится о том, что применительно к более широкому УРБ «недостаточная координация продолжает оставаться серьезной проблемой в международных и внутренних операциях по реагированию на бедствия». При этом опрос, проведенный МФОКК и КП среди специалистов в области управления бедствиями и гуманитарными организациями, выявил, что:

«недостаточная координация — это наиболее распространенная проблема управления при реагировании на бедствия на международном и национальном уровнях..., которая в значительной мере сказывается на эффективности и действенности операций по реагированию на бедствия. Были выявлены два различных типа проблем координации на национальном уровне: недостаточная координация между различными отраслевыми правительственными агентствами и/или уровнями, а также недостаточная координация между правительственными и неправительственными субъектами, в том числе международными».²⁶⁴

К сожалению, как показывают результаты Картирования ЧСЗ, аналогичная картина складывается в отношении координации при ЧСЗ. Как показала Пандемия COVID-19, этот вывод может быть еще более тревожным, учитывая тот факт, что координацию необходимо осуществлять в отношении очень большого количества субъектов из разных секторов. Кроме того, результаты Картирования ЧСЗ показывают, что участие в мероприятиях по ЧСЗ значительного количества агентств от того или иного сектора, в частности от сектора здравоохранения, еще больше осложняет координацию: наличия координации только между секторами недостаточно, потому как должны присутствовать механизмы координации внутри секторов и даже внутри отдельных агентств.

Картирование ЧСЗ раскрывает широкий спектр механизмов координации. Как и общие правовые структуры управления ЧСЗ (см. раздел 4.2), механизмы координации можно условно разделить на три категории: основанные на нормах о ЧСЗ, гибридные и основанные на нормах об УРБ. Однако, в отличие от всеохватывающих правовых рамок, результаты Картирования ЧСЗ в основном указывают на то, что базовые механизмы координации при ЧСЗ закреплены в общих законах и/или политиках по УРБ. В Колумбии, например, внедрена детальная система координации, разработанная в соответствии с законодательством Колумбии об УРБ.²⁶⁵ В Южно-Африканской

Республике наблюдается аналогичная ситуация — координация реагирования на Пандемию COVID-19 в этой стране, по-видимому, организована через Центр управления бедствиями в соответствии с более широкими механизмами УРБ, которые он уполномочен осуществлять.²⁶⁶

Даже в тех странах, где преобладают структуры, основанные на правовых нормах о ЧСЗ, предпочтение отдается использованию постоянных механизмов координации УРБ для реагирования на ЧСЗ. Внутри них могут быть предусмотрены специфические для ЧСЗ подмеханизмы (например, подкомитеты главных комитетов), которые, тем не менее, действуют в рамках общих механизмов УРБ. В Австралии основные механизмы координации основаны на общих структурах УРБ. В Соединенном Королевстве, где преобладает система управления рисками, основанная на нормах о ЧСЗ, координация мероприятий по обеспечению готовности и реагирования на ЧСЗ предусмотрена нормативными актами об общих непредвиденных обстоятельствах, а также действующим общим Руководством по оперативному реагированию на чрезвычайные ситуации.²⁶⁷ Аналогичным образом, в ОАЭ, где полномочия по реагированию на ЧСЗ закреплены в Законе о борьбе с инфекционными заболеваниями, ответные меры в области ЧСЗ координируются Национальным управлением по чрезвычайным ситуациям, кризисам и бедствиям, которое уполномочено осуществлять управление всеми типами бедствий.²⁶⁸

Оказалось, что лишь в некоторых Государствах выборки внедрены координационные механизмы, касающиеся исключительно общественного здравоохранения. В таких Государствах это, как правило, связано с внедрением специальных механизмов координации для реагирования на Пандемию COVID-19, которые стали альтернативой действующим координационным механизмам. В Болгарии, например, был создан специальный механизм для реагирования на Пандемию COVID-19, поскольку, как сообщается, постоянные механизмы координации отсутствуют.²⁶⁹ В Сьерра-Леоне министерство здравоохранения направляло координационные усилия, которые, как сообщается, были чрезвычайно инклюзивными, допуская участие ключевых структур программы «Единое здоровье», всех политических партий, а также Группы реагирования на Эболу, которая возглавила ответные меры на вспышку лихорадки Эбола в 2013 и 2016 годах.²⁷⁰ Таким образом, лишь несколько Государств выборки применяют постоянные механизмы координации, касающиеся именно ЧСЗ.

Такая же категоризация применяется к механизмам координации на этапе готовности. Поэтому требования по оценке риска и планированию чаще встречаются в общем законодательстве по УРБ. В Соединенном Королевстве, например, согласно общему законодательству о планировании действий в чрезвычайных ситуациях, каждая медицинская организация, ответственная за реагирование на ЧСЗ, обязана оценивать риски ЧСЗ и планировать реагирование на них.²⁷¹

Итак, общая картина такова, что механизмы координации или иного управления (1) готовностью к ЧСЗ и (2) реагированием на ЧСЗ встречаются преимущественно в общих законах и/или политиках по УРБ. Однако следует подчеркнуть, что это лишь общая оценка, основанная исключительно на изучении содержания законодательства и планов, указанных в результатах Картирования ЧСЗ. Кроме того, тот факт, что механизмы координации при ЧСЗ обычно предусмотрены в общих законах или политиках по УРБ, не означает, что агентства, уполномоченные осуществлять УРБ, несут ответственность за реагирование на ЧСЗ. Вместо этого, на случай ЧСЗ такие законы или политики часто предусматривают, что другой субъект (как правило, министр здравоохранения) должен осуществлять координацию мер реагирования, например, возглавить центр реагирования на чрезвычайные ситуации или его аналог. На основе одних только результатов Картирования ЧСЗ невозможно составить полное представление о том, как эти механизмы работают на практике или, например, как функционируют центры по реагированию на чрезвычайные ситуации или бедствия при возникновении ЧСЗ. Однако, крайне важно, чтобы механизмы координации были четко определены и поняты.

Преимущество использования положений по УРБ для обеспечения координации при ЧСЗ состоит в том, что они сами по себе могут быть направлены на решение некоторых известных и распространенных проблем в сфере координации, указанных в Отчете о ГРБ. Если будут созданы отдельные механизмы, направленные на координацию действий именно при ЧСЗ, имеется риск «повторного изобретения колеса», что может привести к дублированию функций и/или их противоречию. Механизмы координации, специфичные для ЧСЗ, могут улучшить идентификацию субъектов сектора здравоохранения, однако существует вероятность, что они будут слишком узконаправленными и не смогут учитывать те более общие вопросы (в том числе, привлекать более широкий круг субъектов), которые, как показала Пандемия COVID-19, имеют отношение к ЧСЗ.

В результатах Картирования ЧСЗ имеется ограниченное упоминание второго типа координации — внутриотраслевой или внутриорганизационной. Это особенно актуально для структур сектора здравоохранения,

задействованных в реагировании на ЧСЗ. В результатах Картирования ЧСЗ отражены примеры положений о необходимости координации между министерством здравоохранения и другими министерствами, однако почти не упоминаются законы, требующие от министерства здравоохранения координировать меры по реагированию на ЧСЗ в рамках подведомственных ему департаментов или агентств. Это не так актуально, если имеется один центральный «орган здравоохранения», но может иметь решающее значение в тех случаях, когда полномочия в различных аспектах общественного здравоохранения распределяются между несколькими департаментами, подразделениями или агентствами. Существуют примеры законов и политик, направленных на решение этой проблемы, но даже в таких документах имеются пробелы: например, не все субъекты, участвующие в предоставлении более широких медицинских услуг, такие как фармацевты, сотрудники домов престарелых или поставщики лекарств и СИЗ, могут иметь непосредственный доступ к этим документам.

В целом, в результатах Картирования ЧСЗ не описана эффективность механизмов координации при ЧСЗ. Тем не менее, в них показана значимость координационных принципов и рекомендаций, изложенных в Отчете о ГРБ,²⁷² касающихся, в частности, требования понятного изложения (как определено ниже в разделе 4.5) и необходимости охвата всех задействованных субъектов.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Национальные законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны способствовать координации:
 - a. по горизонтали между различными отраслевыми ведомствами, а также внутри них;
 - b. по вертикали между различными уровнями государственного управления;
 - c. между правительственными и неправительственными субъектами, в том числе международными (если применимо).
2. Следовательно, национальное законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. создавать механизмы координации, включающие представителей:
 - i. всех соответствующих отраслевых ведомств;
 - ii. всех соответствующих департаментов отраслевых ведомств;
 - iii. всех уровней государственного управления;
 - iv. всех соответствующих неправительственных субъектов;
 - b. приписывать всем субъектам четкие роли и обязанности;
 - c. возлагать на субъектов обязанность регулярно встречаться и обмениваться информацией с целью обеспечения эффективности механизмов координации.

4.4.2 / Лидерство и основные полномочия

Лидерство является предпосылкой эффективной координации, но еще большую роль оно играет в управлении рисками ЧСЗ. Картирование ЧСЗ показывает, что понятие «лидерство» (или основные полномочия) интерпретируется по-разному. Во-первых, существует юридическое лидерство, когда в законах²⁷³ прямо указывается, кто несет основную ответственность и может, например, принимать меры или осуществлять ключевые полномочия в чрезвычайных ситуациях. В законодательстве о ЧСЗ такая ответственность чаще всего возлагается на министра здравоохранения (или аналогичное ему должностное лицо), на министерство здравоохранения или высших должностных лиц в таком министерстве. Однако полномочия по оперативному лидерству не всегда могут быть возложены на одного и того же субъекта. В одних случаях такие полномочия возлагаются на общий отдел или департамент управления бедствиями, но в других случаях они могут быть возложены на конкретный департамент или должностное лицо в структуре министерства здравоохранения. Имеется множество примеров, когда лидерство (как юридическое, так и оперативное) является совместным или даже коллегиальным (например, осуществляется советом или комитетом). В ряде случаев ведущую роль в реагировании на Пандемию COVID-19 берет на себя президент Государства или глава правительства, особенно в тех случаях,

когда вводится режим ЧП. При этом возникает другая проблема — потенциальное противоречие между юридическими полномочиями по руководству мерами реагирования и политическим лидерством. При ЧСЗ масштаба Пандемии COVID-19 трудно представить, чтобы глава Государства или глава правительства не были уполномочены принимать решения по мерам реагирования, однако, за исключением случаев необходимости введения режима ЧП, законодательство, как правило, наделяет указанными полномочиями именно министров и чиновников более низкого уровня. Имеются и исключения: например, в Новой Зеландии премьер-министр наделен правом издавать официальные акты, вводящие чрезвычайные полномочия (по согласованию с министром здравоохранения).²⁷⁴ Тем не менее, в большинстве случаев имеются признаки потенциального конфликта полномочий. По результатам Картирования ЧСЗ неясно, имеются ли доказательства этому в законодательстве. Для подтверждения или опровержения этого необходимо продолжить исследование. Однако, в любом случае, следует избегать запутанного или неоднозначного распределения полномочий.

Дублирование (потенциальный конфликт) полномочий может возникнуть в тех случаях, когда несколько органов наделены полномочиями по осуществлению руководства. Совместные полномочия сами по себе не всегда являются проблемой. Результаты Картирования ЧСЗ показали, что законодательство о ЧСЗ, как правило, отводит министру здравоохранения или министерству здравоохранения (в том или ином виде) роль основного лидера. Однако в некоторых описанных при Картировании ЧСЗ случаях иные участники играют определенную роль в принятии решений о мерах реагирования на Пандемию COVID-19. Лидерские полномочия могут осуществляться совместно по горизонтали (несколькими правительственными ведомствами) или по вертикали (особенно в федеративных или квазифедеративных Государствах). При ЧСЗ масштаба Пандемии COVID-19 вертикальное совместное лидерство не является большой проблемой: меры реагирования должны осуществляться на уровне всех частей страны. Однако ряд Государств реализуют восходящий подход. Это может означать, что в случае географически ограниченной эпидемии могут применяться иные механизмы лидерства. Проблемы, которые могут возникнуть при отсутствии ясности в распределении полномочий между уровнями власти, описаны в одном из документов, включенных в результаты Картирования ЧСЗ. Этот документ описывает спор о подведомственности вопросов общественного здравоохранения между Президентом и губернаторами регионов. Губернатор одного из регионов принял единоличное решение объявить локдаун на подведомственной ему территории, но это решение было оспорено министром здравоохранения страны, который утверждал, что только он уполномочен осуществлять управление реагированием на Пандемию COVID-19.²⁷⁵

Картирование ЧСЗ показало, что лидерство может меняться в ходе реагирования на ЧСЗ либо проявляться в разных полномочиях и/или закрепляться в нормативных актах разного уровня.

Вопрос о том, какое лицо/должностное лицо (или несколько лиц) уполномочено осуществлять руководящие действия до, во время и после ЧСЗ, однозначно должен решаться каждым Государством. Выбранный подход будет зависеть от обстоятельств, сложившихся в каждом Государстве, от способа распределения функций, от типа конституционного строя, а также от того, какие полномочия необходимо использовать в тот или иной момент. Гораздо более важно (это является основной идеей настоящего Отчета), чтобы были четко определены механизмы руководства, функции, которые субъекты уполномочены осуществлять, и моменты времени, когда эти полномочия возникают. В идеале, это должно быть сделано до того, как возникнет какая-либо ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

Законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны гарантировать следующее:

1. лицо(-а) или ведомство(-а), наделенное(-ые) полномочиями осуществлять действия (включая полномочия по руководству и контролю деятельности центра чрезвычайных операций, если таковой имеется) до, во время и после ЧСЗ, однозначно определены;
2. характер роли лидера, а также его функции и полномочия определены четко и однозначно;
3. любые потенциальные конфликты полномочий лиц или ведомств, выполняющих руководящие функции, устранены или сведены к минимуму.

4.5 / УЧАСТИЕ И ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО

4.5.1 / Введение

В Отчете о ГРБ рекомендовано, чтобы при создании или реформировании структур по обеспечению готовности к бедствиям и реагированию на них лица, принимающие решения, применяли общесоциальный и общегосударственный подход, позволяющий всем заинтересованным сторонам участвовать в деятельности таких структур: «Общесоциальный и общегосударственный подход позволяет задействовать все доступные ресурсы и способствует защите и вовлечению уязвимых групп».²⁷⁶ Сендайская рамочная программа поощряет такой общесоциальный подход, а Бангкокские принципы подкрепляют его.

Пандемия COVID-19 показала всем Государствам, что крупномасштабные ЧСЗ могут сказаться практически на всех уровнях власти, на каждом секторе, регионе, сообществе, на жизни каждого отдельного человека и потребовать принятия соответствующих мер. Следовательно, каждый из этих уровней, секторов, регионов, сообществ и отдельных лиц участвует и заинтересован в управлении ЧСЗ на всех этапах (от снижения рисков и обеспечения готовности до реагирования и восстановления после ЧСЗ). Таким образом, общесоциальный и общегосударственный подход, возможно, даже более важен при ЧСЗ, чем при иных типах бедствий. К сожалению, результаты Картирования ЧСЗ показывают, что общесоциальный подход к управлению рисками ЧСЗ еще не реализуется.

4.5.2 / Общегосударственный подход

Картирование ЧСЗ показывает, что множество разнопрофильных государственных или общественных ведомств, организаций и агентств могут быть вовлечены в управление ЧСЗ. Например, по результатам Картирования ЧСЗ в Бразилии было установлено, что в управлении ЧСЗ принимают участие следующие субъекты: Национальное агентство санитарного надзора, Управление медицинского надзора, Центр быстрого реагирования на чрезвычайные эпидемиологические ситуации, а также к Национальный фонд здравоохранения.²⁷⁷ В большинстве Государств выборки в мероприятиях по реагированию на ЧСЗ участвуют министры и министерства здравоохранения, а также главные врачи. В некоторых Государствах выборки ключевую роль играют центры по контролю за заболеваниями, например, Центр по контролю за заболеваниями в Республике Корея.²⁷⁸

Практически во всех Государствах выборки определенную роль играют общие отделы или агентства по УРБ, хотя их роль зависит от категории структуры (см. раздел 4.2) и имеющихся механизмов координации (см. раздел 4.4). Картирование ЧСЗ в Колумбии описывает одну из более сложных структур — Национальную систему управления рисками бедствий (Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres). В этой структуре определен подробный перечень ключевых участников из числа государственных субъектов — от Президента республики до директора Национального подразделения по управлению рисками бедствий (UNGRD).²⁷⁹ Менее структурированный, но такой же обширный список участников приведен в результатах Картирования ЧСЗ в Папуа-Новая Гвинея. Было установлено, что следующие субъекты принимают участие в реагировании на ЧСЗ в Папуа-Новой Гвинее: Национальный исполнительный совет; постоянный и временный комитеты по чрезвычайным ситуациям; глава государства; Национальный центр по контролю; инспектор и заместитель инспектора, назначаемые главой государства; Технический консультативный совет; региональные центры по контролю; главы регионов; региональные консультативные комитеты; органы обороны и Комитет по финансам и закупкам.²⁸⁰

Учитывая множество различных типов мер, принимаемых для реагирования на Пандемию COVID-19 или для смягчения ее последствий (многие из которых описываются в Части С), очевидно, что при ЧСЗ необходимо применять общегосударственный подход. В дополнение к государственным структурам в сфере здравоохранения и УРБ в целом, необходимо вовлекать гораздо более широкий круг министерств и ведомств. Свидетельства значимости участия таких дополнительных министерств и ведомств приведены в результатах Картирования ЧСЗ. Например, в Корее Министерство внутренних дел и безопасности осуществляет сбор данных о рисках, включая информацию о «социальных происшествиях» (в том числе об инфекционных заболеваниях), и уполномочено устанавливать Индекс безопасности для местных органов власти.²⁸¹ Агентство по охране окружающей среды Либерии занимается не только экологическими рисками, но и ситуациями, которые могут представлять серьезную угрозу для здоровья населения.²⁸² В других странах министерства внутренних дел или юстиции уполномочены при необходимости вводить некоторые ограничения или, по крайней мере, обеспечивать соблюдение ограничений, введенных иными органами власти. Министерства образования прекращают работу образовательных учреждений и обеспечивают реализацию альтернативных вариантов обучения; министерства финансов разрабатывают схемы по защите предприятий, сохранению занятости или, где это невозможно,

по предоставлению социальных пособий; министерства транспорта и министерства иностранных дел закрывают границы страны, оказывают поддержку при осуществлении репатриации и устанавливают карантинные требования.

Крупномасштабная ЧСЗ также может потребовать участия ведомств всех уровней власти. Поэтому важно признать роль структур местного самоуправления, а в федеративных и квазифедеративных Государствах — роль и полномочия региональных правительств. Это особенно актуально в тех Государствах, которые выбрали восходящий, но не нисходящий подход как к планированию, так и к реагированию (как минимум, внедрив соответствующие принципы в свое законодательство).²⁸³ Поскольку многие ЧСЗ, как правило, локальны по своей природе (по крайней мере, на начальном этапе), местные органы власти действительно должны быть в числе первых участников, включенных в любую структуру управления рисками ЧСЗ.

4.5.3 / Общесоциальный подход

Картирование ЧСЗ показывает, что структуры управления рисками ЧСЗ в основном связаны с теми государственными субъектами, которые будут реагировать в ответ на ЧСЗ (общегосударственная концепция), имея лишь косвенное отношение к негосударственным субъектам или тем, кто может пострадать от ЧСЗ. К сожалению, Картирование ЧСЗ дает ограниченное количество свидетельств того, что Государства уже реализуют общесоциальный подход к управлению рисками ЧСЗ. Это особенно очевидно в тех Государствах, где преобладают структуры, основанные на нормах о ЧСЗ и/или на относительно устаревших законах об общественном здравоохранении. В тех Государствах выборки, где управление рисками ЧСЗ в большей мере интегрировано в общие структуры УРБ, и/или где в деятельность структур УРБ начали внедряться принципы Сендайской рамочной программы, растет признание необходимости вовлечения более широкого круга участников, таких как Национальные общества КК и КП.

Вовлечение всего круга заинтересованных сторон, особенно представителей сообществ и уязвимых групп, остается проблемой в большинстве Государств выборки. Возможно, определение надлежащего представителя конкретных сообществ или групп будет сложной задачей, потому как правительства (центральные или региональные) могут считать, что они уже являются представителями своего населения. Тем не менее, Сендайская рамочная программа поощряет более широкое участие сообщества. В научных источниках, Отчете о ГРБ и результатах Картирования ЧСЗ приводятся многочисленные примеры потенциальных преимуществ обеспечения участия более неформальных групп сообщества. Вовлечение всего сообщества также может повысить качество не только эпиднадзора (с целью раннего выявления вспышек), но и коммуникации. Своевременное и постоянное участие может помочь населению получать точную информацию о рисках для здоровья и управлении ЧСЗ.

Неспособность реализовать действительно общесоциальный подход может означать не только то, (1) что субъекты, заинтересованные в обеспечении эффективных мер реагирования, исключены из процесса или не осведомлены, но и то, (2) что группы, способные внести существенный вклад в управление рисками ЧСЗ, не имеют возможности сделать это. Несмотря на эту общую тенденцию, имеются некоторые исключения. В Колумбии создано Национальное подразделение волонтеров для экстренного реагирования (Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta),²⁸⁴ в которое входят члены организаций гражданской обороны, Национальной пожарной службы и Национального общества Красного Креста Колумбии.²⁸⁵ Филиппинский национальный совет по снижению риска бедствий и управлению ими состоит из представителей нескольких правительственных ведомств, вооруженных сил, полиции, представителей Национального общества Красного Креста Филиппин, общественных организаций, частных лиц и четырех уровней субнационального правительства, включая также представителя филиппинской Комиссии по делам женщин. По закону, территориальные подразделения данного Совета должны быть представлены во всех провинциях, городах, муниципалитетах и барангах (округах), обеспечивая широкое участие заинтересованных сторон на всех уровнях государственного управления.²⁸⁶ Однако такие исключения редки.

В Отчете о ГРБ делается следующий вывод:

«Общесоциальный и общегосударственный подход позволяет задействовать все доступные ресурсы и способствует защите и вовлечению уязвимых групп. К заинтересованными сторонам, которые должны быть включены в деятельность по обеспечению готовности к бедствиям и реагированию на них, а также представлены в соответствующих структурах, относятся, помимо прочего: соответствующие государственные субъекты на всех уровнях государственного управления (например, метеорологические институты, службы здравоохранения, образования и жилищного строительства, вооруженные силы и полиция, национальные правозащитные учреждения, омбудсмены); Национальные общества; предприятия частного сектора (например, телекоммуникационные и энергетические компании); академические и исследовательские учреждения; ОГО; религиозные учреждения (при необходимости); правительственные или неправительственные организации, которые уполномочены представлять или защищать интересы определенных уязвимых групп (например, национальные комиссии по правам женщин или организации по правам инвалидов). В странах постоянного присутствия международных организаций, нуждающихся в поддержке с их стороны, также может быть целесообразно включить агентства ООН и международные неправительственные организации в этот перечень».²⁸⁷

Эти рекомендации применимы не только в отношении ЧСЗ, но и в отношении любого иного бедствия. Действительно, наличие множества субъектов, заинтересованных в управлении рисками ЧСЗ и способных принять в этом участие, указывает на необходимость еще более инклюзивного подхода.

Пандемия COVID-19 показала, что есть определенные секторы или группы, которые ранее не рассматривались как необходимые участники механизмов управления рисками УРБ или ЧСЗ, но которые могут играть весомую роль при ЧСЗ или непропорционально сильно пострадать от них. В оставшейся части данного раздела рассматриваются некоторые из таких секторов и групп.

4.5.4 / Субъекты программы «Единое здоровье» и сотрудничества в целях развития

Субъекты программы «Единое здоровье» могут играть особенно важную роль в усилиях по снижению риска ЧСЗ. Кроме того, их участие может быть значимым и при подготовке к ЧСЗ. Они также имеют возможности для раннего предупреждения о ЧСЗ путем оперативного выявления вспышек. Тем не менее, Картирование ЧСЗ показывает, что концепция «Единое здоровье» еще не полностью внедрена в национальные системы управления рисками ЧСЗ. Необходимо вести работу в данном направлении, обеспечивая участие субъектов программы «Единое здоровье» в структурах управления рисками ЧСЗ.

Еще одна важная группа субъектов, которые не всегда полностью интегрированы в национальные структуры управления рисками ЧСЗ, — субъекты сотрудничества в целях развития. Как и субъекты программы «Единое здоровье», субъекты сотрудничества в целях развития могут играть ключевую роль в снижении рисков ЧСЗ и обеспечении готовности к ним. Например, они могут способствовать становлению сильных и устойчивых систем здравоохранения, инвестировать в расширение доступа к чистой воде и инфраструктуре санитарии и гигиены, а также наращивать возможности Государств в сфере выявления, оценки и быстрого реагирования на события в области общественного здравоохранения. Действительно, это является элементом достижения ЦУР 3 (Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте) и, в частности, задачи 3.d (укрепить потенциал всех стран, особенно развивающихся, в области раннего предупреждения и сокращения национальных и глобальных рисков для здоровья, а также управления этими рисками).²⁸⁸

4.5.5 / Лица, осуществляющие уход

Результаты Картирования ЧСЗ дают основания полагать, что правительственные ведомства или государственные органы, ответственные за оказание медицинской помощи, обычно включены в структуру управления рисками ЧСЗ. Однако отсутствуют свидетельства равнозначного включения (1) правительственных ведомств или государственных органов, ответственных за оказание социальной помощи,²⁸⁹ или (2) лиц, осуществляющих уход и оказывающих медицинскую или социальную помощь, но не относящихся к правительственным или официальным структурам. Существуют неофициальные данные о том, что такие лица, осуществляющие уход, играют ключевую роль в защите людей от COVID-19, но при реагировании на Пандемию их возможности не учитывались. Кроме того, лица, осуществляющие уход, непропорционально часто подвергаются маргинализации и сами являются уязвимыми. Такие поставщики медицинских услуг должны быть включены во все структуры

управления рисками ЧСЗ, в частности, чтобы обеспечить для них возможность (1) продолжать оказывать медицинскую и социальную помощь во время ЧСЗ и (2) адаптировать такую помощь, если конкретное ЧСЗ приводит к более высокому риску для здоровья тех людей, о которых они заботятся.

4.5.6 / Национальные общества КК и КП и прочие гуманитарные организации

Национальные общества КК и КП имеют уникальный правовой статус вспомогательных органов, оказывающих помощь Государствам своего присутствия в гуманитарной сфере.²⁹⁰ Вспомогательная роль Национальных обществ широко признана в национальных законах о Красном Кресте или Красном Полумесяце, в которых зачастую одной из целей Национального общества КК и КП обозначено предотвращение заболеваний, укрепление здоровья и социального обеспечения, а также оказание помощи жертвам бедствий и чрезвычайных ситуаций.²⁹¹ Как указано в Главе 3, приняв в 2019 году Резолюцию 3 на 33-й Международной конференции, Государства-участники Женевских конвенций отметили особую роль Национальных обществ КК и КП в поддержке государственных органов в борьбе с эпидемиями и пандемиями, в том числе в обеспечении раннего предупреждения и быстрого реагирования в труднодоступных, уязвимых, недостаточно охваченных услугами и подверженных высокому риску сообществах.

Национальные общества КК и КП имеют большое значение при реагировании на ЧСЗ и играют важную роль во время Пандемии COVID-19. Это видно по результатам Картирования чрезвычайных декретов, описывающих множество примеров положительной роли Национальных обществ КК и КП. Например, во время Пандемии COVID-19 Общество Красного Креста Гаити проводило текущую работу, включая создание рабочей/целевой группы для усиления мониторинга и обеспечения готовности. Общество Красного Креста Доминиканской Республики координировало работу по созданию гуманитарного коридора с целью улучшения закупок товаров для страны.²⁹² Общество Красного Полумесяца Судана проводило информационные кампании и работало над повышением доступности чистой воды для улучшения санитарии, выполняя ремонт ручных насосов и способствуя ускоренной реализации проектов городского водоснабжения в Дарфуре, Голубом Ниле и Южном Кордофане.²⁹³ В качестве примера, не связанного с Пандемией COVID-19, в Картировании чрезвычайных декретов Гвинеи указывается, что Общество Красного Креста Гвинеи и Британский Красный Крест оказали значительное содействие в разрешении кризиса, связанного со вспышкой лихорадки Эбола. Они работали с сообществами, разъясняя людям, как защитить себя от Эболы и предотвратить распространение данного заболевания.²⁹⁴

Картирование чрезвычайных декретов также описывает ряд инициатив с участием других гуманитарных организаций. Например, в Гвинее была создана Целевая группа ЮНИСЕФ по реагированию на Пандемию COVID-19.²⁹⁵ В Судане ООН оказала поддержку Федеральному министерству здравоохранения в создании отделений интенсивной терапии в Хартуме, обеспечении медикаментами, проведении закупок и распространении материалов по профилактике инфекций и борьбе с ними в рамках совместных усилий по нескольким направлениям. Также в Судане ЮНИСЕФ и УВКБ ООН выделили и мобилизовали ресурсы для помощи в борьбе с COVID-19. Фонд народонаселения ООН работал с временными карантинными группами, обеспечивая женщин и девочек репродуктивного возраста гигиеническими наборами, а беременных женщин — чистыми комплектами для родов.²⁹⁶ В Тринидаде и Тобаго людям оказывали один из распространенных видов помощи — в этой стране ЮНИСЕФ способствовал повышению доступности правительственной образовательной онлайн-платформы.

Несмотря на важную роль Национальных обществ КК и КП в мероприятиях по реагированию на Пандемию COVID-19, в чрезвычайных декретах о Пандемии COVID-19 практически отсутствуют прямые упоминания о них, как показало Картирование этих документов. Такая же ситуация складывается и в отношении иных гуманитарных организаций. Из-за отсутствия упоминания Национальных обществ КК и КП и прочих гуманитарных организаций в чрезвычайных декретах возникла следующая проблема практического характера: у таких организаций появилась неуверенность в том, освобождены ли они от вводимых ограничений, могла ли их деятельность рассматриваться как «работа по жизнеобеспечению», имели ли их сотрудники статус «работников на передовой» и, следовательно, могли ли они продолжать начатую работу. В некоторых чрезвычайных декретах о Пандемии COVID-19 все же содержались особые упоминания о Национальных обществах КК и КП. Например, Общество Красного Креста Багамских островов было названо и признано значимой организацией, на сотрудников которой не распространялись требования самоизоляции и ограничения на ведение деятельности,²⁹⁷ а в Гватемале установленные ограничения на поездки и передвижение не распространялись на ситуации, когда люди направлялись в Общество Красного Креста Гватемалы.²⁹⁸ Однако таких примеров было крайне мало.

Тем не менее, по результатам Картирования чрезвычайных декретов были выявлены более частые упоминания Национальных обществ КК и КП (и, в меньшей степени, прочих гуманитарных организаций) в действующем

законодательстве по УРБ. Например, характерное положение содержится в Законе Замбии о ликвидации последствий бедствий. В нем указывается, что в состав Национального технического комитета по борьбе с бедствиями и районных руководящих комитетов должен входить представитель Общества Красного Креста Замбии.²⁹⁹ Несколько чаще Национальным обществам КК и КП и другим гуманитарным организациям отводится непосредственная роль в основных планах и политике по УРБ или в руководстве соответствующими мероприятиями. Например, в Национальном плане реагирования на бедствия Нигерии Общество Красного Креста Нигерии указывается как организация, ответственная за координацию использования «федеральных ресурсов помощи населению»,³⁰⁰ а в Национальной программе действий в случае бедствий предусмотрено, что государственные (т.е. субнациональные) организации по управлению чрезвычайными ситуациями должны включать одного представителя от Общества Красного Креста Нигерии.³⁰¹

Тем не менее, Картирование чрезвычайных декретов показывает, что включение Национальных обществ КК и КП и других гуманитарных организаций в общие программы действий по УРБ (и особенно в законодательство по УРБ) не является универсальным и, даже если оно осуществляется, то различается по степени значимости. Еще более редки примеры, когда законодательство в области общественного здравоохранения, регламентирующее деятельность структур управления рисками ЧСЗ, непосредственно упоминает Национальные общества КК и КП и прочие гуманитарные организации, наделяя их функциями и обязанностями и/или включая их в состав ключевых органов по принятию решений и координации. Именно в этой области можно было бы значительно укрепить структуры управления рисками ЧСЗ, учитывая жизненно важную роль, которую играют такие организации.

4.5.7 / Школы³⁰²

Во всех без исключения Государствах выборки школы были физически закрыты на какое-то время, и приходилось разрабатывать альтернативные формы обучения.³⁰³ Последствия физического закрытия школ и меры, принятые для смягчения таких последствий, описаны в разделе 8.7. В Отчете о ГРБ в качестве общего принципа рекомендовано включить в законодательство меры по обеспечению готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации и бедствия в школах.³⁰⁴ Из результатов Картирования ЧСЗ неясно, был ли кризис системы образования во время Пандемии COVID-19 спрогнозирован и отражен в каких-либо программах по обеспечению готовности. Однако ограниченное упоминание о таком планировании дает основания предположить, что этого не было сделано. Многие школы и администрации школ отреагировали быстро, но, как показывают наблюдения и анализ, организация образовательного процесса могла бы быть более качественной при наличии заранее разработанных планов. Сейчас имеется понимание того, что школы могут быть важным элементом восстановления после бедствий: если дети не ходят в школу, родители не могут возобновить работу. Следовательно, школы (или их представители) должны быть включены в мероприятия по планированию и реагированию на ЧСЗ.

4.5.8 / Финансовый сектор

Как показала Пандемия COVID-19, ЧСЗ могут иметь серьезные последствия для финансового, делового сектора и сферы занятости, что может потребовать финансовых вливаний и изменений в экономической политике. Разнообразие схем социального обеспечения и программ финансирования, разработанных во время Пандемии, описывается в разделе 8.5, где показан масштаб предоставляемой финансовой поддержки.³⁰⁵ Тем не менее, в результатах Картирования ЧСЗ не упоминается или упоминается крайне редко участие государственных финансовых институтов или центральных банков, не говоря уже о частных банках и других финансовых учреждениях, в деятельности структур управления рисками ЧСЗ. Учитывая значимую роль, которую эти учреждения могут сыграть в реагировании на ЧСЗ, это кажется серьезным упущением.

4.5.9 / Производители и поставщики товаров и оборудования первой необходимости.

Следующая группа включает производителей, поставщиков и дистрибьюторов товаров первой необходимости, а также тех, кто иным образом задействован в цепочке поставок. Обычно это коммерческие предприятия разного уровня — от транснациональных до индивидуальных. Пандемия COVID-19 показала, что защита цепочек поставок товаров первой необходимости (будь то продукты питания, СИЗ или вакцины) является крайне важной составляющей любых мер реагирования и, следовательно, должна быть запланирована. Опять же, Картирование ЧСЗ является слабо информативным в этом отношении, и данный сектор может быть хорошо представлен другими, более неформальными способами. Имеются примеры участия инфраструктурных и коммунальных предприятий в планировании действий в чрезвычайных ситуациях, что может стать прецедентом.³⁰⁶ Потенциальный охват и разнообразие данной группы (от транснациональных до индивидуальных предприятий) могут затруднить определение реальных ее участников или представителей. Однако именно это



Tuesday April 7, 2015	Thursday
8:10-9:10 - Math	Science
9:10-10:10 - Bible	Social Studies
10:10-11:10 - Eng.	Reading
Wednesday April 8, 2015	Friday
Phonics ()	History
Spelling ()	School Day
Writing ()	
245	

Либерия, 2015 г. Школьники в Бьюкенене, Либерия, возвращаются к учебе. В период эпидемии лихорадки Эбола в 2014–2015 годах школы по всей Либерии были закрыты. ©МФОККИКП / Роб Фью

Государства должны учитывать, чтобы избежать возможных проблем, например, связанных с производственными мощностями, поставками сырья, распределением и теми ограничениями, которые устанавливаются законодательством о конкуренции.

4.5.10 / Представительство

Вопросы представительства тесно связаны с вопросами участия. В Отчете о ГРБ представительство рассматривается преимущественно с позиции расширения участия заинтересованных сторон из неправительственного сектора в рамках продвижения общесоциального подхода. Таким образом, в Отчете рекомендовано расширить круг заинтересованных сторон для обеспечения представленности максимального диапазона групп и секторов в УРБ.³⁰⁷

Однако представительство также может быть связано с обеспечением участия наиболее подходящего человека от организации, сектора или группы. Это может относиться как к правительственным, так и к неправительственным организациям. Сложность организации и развитый характер многих структур здравоохранения, упомянутых в результатах Картирования ЧСЗ, дают³⁰⁸ основания полагать, что эта проблема может быть особенно актуальной при ЧСЗ. Несмотря на то, что министерство здравоохранения (или приравненное к ней ведомство) может быть ключевым элементом большинства структур управления рисками ЧСЗ, ситуация, когда один отдел или департамент при таком министерстве занимается всеми вопросами по ЧСЗ, складывается крайне редко. Картирование ЧСЗ в ряде случаев показывает, что даже для решения вопросов общественного здравоохранения в министерстве здравоохранения может быть задействовано несколько подразделений или должностных лиц. В Бразилии, например, в перечень таких субъектов входят: Национальное агентство санитарного надзора, Управление медицинского надзора и Центр быстрого реагирования на чрезвычайные эпидемиологические ситуации.³⁰⁹ В целом, в секторе здравоохранения также может быть задействован ряд поставщиков: больницы, врачи общей практики, службы психического здоровья, фармацевты, частные поставщики медицинских услуг и, как описывалось выше, лица, ответственные за оказание социальной помощи. Такая же проблема может

Афганистан, 2020 г. Добросердечные волонтеры с ограниченными возможностями здоровья из Национального общества Красного Полумесяца Афганистана. © Национальное общество Красного Полумесяца Афганистана / Меер Абдулла



возникнуть и за пределами сектора здравоохранения. Например, в ряде Государств выборки местные органы власти, как сообщается, выполняют ряд совершенно разных функций, все из которых могут иметь отношение к ЧСЗ, в частности, планирование действий в чрезвычайных ситуациях, полицейский надзор, социальная помощь, образование, транспорт, предоставление пособий и обеспечение жильем и т.д.

В свете вышеизложенного, даже если законодательство или политики предусматривают участие представителя от имени сектора или организации, возникает вопрос, может ли одно лицо эффективно представлять весь сектор или организацию. Конечно, представители нередко выступают от имени многих других лиц. Кроме того, на практике не каждая группа или организация может в полном составе участвовать во всех аспектах управления рисками. Поэтому нет никаких сомнений в том, что представители необходимы, иначе любая структура будет неработоспособной. Проблема заключается в том, чтобы обеспечить эффективное представительство, особенно если это касается широкого сектора или многофункциональной организации.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы, политики и планы, относящиеся к управлению рисками ЧСЗ, должны основываться на общегосударственном и общесоциальном подходе, который позволяет всем субъектам и заинтересованным сторонам участвовать и иметь своих представителей.
2. Государства должны определить (особенно с опорой на опыт, полученный во время Пандемии COVID-19), какие заинтересованные стороны внутри страны должны быть вовлечены в управление рисками ЧСЗ.
3. Следует уделить особое внимание обеспечению участия представителей сообществ (включая меньшинства и маргинализированные сообщества); субъектов программы «Единое здоровье»; субъектов сотрудничества в целях развития; поставщиков медицинских и социальных услуг; Национальных обществ КК и КП и прочих гуманитарных организаций; школ и их администраций; финансового сектора; производителей и поставщиков товаров и оборудования первой необходимости; лиц, ответственных за принятие законов.
4. В случае постоянного присутствия международных организаций и наличия потребности в поддержке с их стороны следует рассмотреть возможность привлечения агентств ООН и международных неправительственных организаций.
5. Законы и/или политики должны гарантировать, насколько это возможно, чтобы все субъекты и заинтересованные стороны могли быть эффективно представлены и имели возможность вносить необходимый вклад в управление рисками ЧСЗ.
6. Государства должны учитывать роль Национальных обществ КК и КП как вспомогательных органов, оказывающих помощь Государствам своего присутствия в гуманитарной сфере, а также групп реагирования на любые бедствия, включая ЧСЗ.
7. Национальное законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. признавать роль Национальных обществ КК и КП и прочих соответствующих гуманитарных организаций и значимость той поддержки, которую они могут предоставить по запросу в случае ЧСЗ;
 - b. способствовать участию Национальных обществ КК и КП и прочих гуманитарных организаций во всех этапах управления рисками ЧСЗ, в том числе посредством:
 - i. четкого распределения ролей и обязанностей;
 - ii. включения в механизмы координации и в состав органов, принимающих решений.

4.6 / ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОТОВНОСТИ К ЧСЗ: ПЛАНИРОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ НЕПРЕДВИДЕННЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ

Обеспечение готовности к ЧСЗ требует от правительств, неправительственных субъектов и сообществ развивать знания и возможности, необходимые для прогнозирования ЧСЗ, реагирования на них и восстановления после вероятных, неминуемых и текущих ЧСЗ. Обеспечение готовности к многофакторным ЧСЗ должно включать те системы оценки уязвимости и подверженности конкретных групп, которые основаны на строгом принципе оценки уязвимости групп с учетом комплекса факторов, включая возраст, пол, инвалидность, этническую принадлежность, а также социальный и экономический статус. Такая оценка должна производиться с самого начала ЧСЗ и на всем ее протяжении. В частности, при ЧСЗ не должно быть никаких предположений о повышенной уязвимости той или иной группы.

Ключевым аспектом обеспечения готовности к ЧСЗ является планирование на случай непредвиденных обстоятельств и разработка планов на случай непредвиденных или чрезвычайных ситуаций. Отчет о ГРБ содержит специальный раздел по планированию на случай непредвиденных обстоятельств, в³¹⁰ котором такое планирование определено как: «конкретные действия, которые необходимо предпринять, когда крупная чрезвычайная ситуация прогнозируется или начинает разворачиваться, несмотря на все усилия по снижению риска и заблаговременному смягчению последствий опасностей». Далее в Отчете указывается следующее:

«Разработка плана действий на случай непредвиденных обстоятельств — это процесс обеспечения готовности, который включает в себя анализ риска по отношению к потенциальным последствиям кризисов на случай их возникновения [и] определение процедур для своевременного, надлежащего и эффективного реагирования с целью смягчения последствий бедствий или полного исключения вероятности их проявления».³¹¹

Планы на случай непредвиденных обстоятельств должны учитывать контекст, в котором они разрабатываются, то есть национальные, муниципальные и организационные ресурсы и возможности, доступные для реагирования на бедствие, а также должны основываться на картировании рисков и/или оценке рисков.³¹² В планах должны быть предусмотрены оперативные процедуры реагирования, основанные на прогнозных потребностях в ресурсах и возможностях. При этом необходимо: определить потребность в людских и финансовых ресурсах и прописать способы управления ими; обеспечить наличие предметов первой необходимости; разработать порядок коммуникации; изучить доступные технические и логистические меры реагирования (в том числе выявить любые потенциальные технические и логистические вызовы). Кроме того, в планах должны быть перечислены уязвимые группы и изложены меры по удовлетворению их конкретных потребностей. Отчет о ГРБ завершается следующим комментарием: «Время, затраченное на планирование действий в непредвиденных ситуациях и реагирование на них, приносит дивиденды в виде уменьшенного ущерба, сохранения жизни большего количества людей и более эффективного оказания услуг по реагированию и восстановлению».³¹³ Аналогичные принципы применимы также к планированию на случай непредвиденных обстоятельств при ЧСЗ.

К сожалению, Картирование ЧСЗ предоставляет меньше информации об обеспечении готовности и планировании на случай непредвиденных обстоятельств, чем о реагировании на них. Особенно трудно найти нормативные акты, в которых упоминалось бы обеспечение готовности и планирование на случай ЧСЗ. Однако имеются и исключения: например, в Гондурасе одной из нормативно закрепленных задач Министра здравоохранения является объявление о чрезвычайной эпидемиологической ситуации и проведение оценки угроз и уязвимости в сфере здравоохранения (EDAN-SALUD).³¹⁴ Закон Новой Зеландии о готовности к эпидемиям от 2006 года в самом своем названии указывает на цель — проведение эффективной подготовки.³¹⁵ Федеральный закон Швейцарии о борьбе с инфекционными заболеваниями человека от 2012 года устанавливает требования, которые должны быть выполнены при подготовке к ЧСЗ.³¹⁶

Отсутствие законодательного закрепления не означает, что в Государствах выборки не применяются механизмы обеспечения готовности к ЧСЗ. В большинстве случаев готовность к ЧСЗ регламентирована положениями общих законов или политик об УРБ. Примеры четкого регламентирования обеспечения готовности к ЧСЗ в рамках общих законов об УРБ можно найти в Соединенном Королевстве. В соответствии с законодательством этой страны о непредвиденных обстоятельствах в мирное время, ключевые субъекты (в том числе органы здравоохранения) обязаны подготавливать, вводить в действие и пересматривать планы действий в чрезвычайных ситуациях в рамках своей компетенции и в отношении угроз, включенных в национальные и локальные

реестры угроз. Пандемический грипп и другие инфекционные заболевания включены в перечень угроз в таких реестрах.³¹⁷

Законодатели — это одна из групп субъектов, которые обычно не учитываются при планировании действий на случай непредвиденных обстоятельств и при обеспечении готовности к ним. Хотя в некоторых юрисдикциях и обстоятельствах чрезвычайные нормативные акты могут приниматься без одобрения законодательного органа, во многих Государствах выборки при реагировании на Пандемию COVID-19 все же требовалось участие законодательной власти для введения ЧП или принятия срочных актов. Однако представители законодательных органов не защищены от болезней и могут принадлежать к группам, особо уязвимым к соответствующему риску для здоровья (например, старейшины сообществ). Во время Пандемии COVID-19 некоторые из Государств выборки предприняли шаги, чтобы позволить своим законодательным органам функционировать даже во время локдауна. Например, Сингапур внес поправки в свою Конституцию, чтобы позволить своему парламенту и его комитетам «заседать, встречаться и осуществлять работу в условиях, когда члены парламента находятся в двух или более назначенных местах и имеют возможность одновременно общаться друг с другом» (т.е. удаленно).³¹⁸ Учитывая важность наличия законодательного органа, способного осуществлять работу по принятию и пересмотру законов о чрезвычайных ситуациях, при планировании на случай непредвиденных обстоятельств и выполнении мероприятий по обеспечению готовности необходимо предусмотреть возможность функционирования законодательных органов при ЧСЗ.

Планирование на случай непредвиденных обстоятельств и обеспечение готовности также является сферой, в которой координация играет ключевую роль. Законодательное регламентирование координационных мероприятий более подробно описано в разделе 4.4 выше, однако создание условий для координации действий по планированию и обеспечению готовности, несомненно, имеет большое значение для эффективного реагирования. Например, в случае ЧСЗ, координация мероприятий по обеспечению готовности может включать принятие решения о том, какие ведомства несут ответственность за хранение СИЗ и других товаров первой необходимости, а также за организацию симуляционных упражнений, обучения и подготовки.

Один из выводов, изложенных в Отчете о ГРБ, заключается в том, что для обеспечения готовности и планирования на случай непредвиденных обстоятельств крайне важно обеспечить четкое распределение обязанностей. Это достигается, в том числе, за счет (1) четкого определения функций по планированию и подготовке и (2) четкого обозначения ответственности за выполнение таких функций. Картирование ЧСЗ показывает, что можно добиться большей ясности в отношении обеспечения готовности к ЧСЗ, и что имеются способы более четкого и/или детального распределения обязанностей.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

Национальные законы и политики в отношении ЧСЗ должны:

1. регламентировать меры и действия по обеспечению готовности, включая планирование на случай непредвиденных обстоятельств;
2. предусматривать участие разных заинтересованных сторон, в том числе государственных и частных структур и общественности, в планировании действий на случай непредвиденных ЧСЗ;
3. гарантировать строгое распределение функций и обязанностей по подготовке к ЧСЗ (включая разработку, внедрение и пересмотр планов на случай непредвиденных обстоятельств);
4. при необходимости распределять обязательные полномочия по планированию и обеспечению готовности между ключевыми субъектами.

4.7 / ПОНИМАНИЕ ПРЕДМЕТА И АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННОГО ОПЫТА

Основным требованием к любой структуре управления рисками является понимание участниками ее назначения, способа функционирования, а также ролей, обязанностей и ожиданий каждого субъекта и участника. Какой

бы хорошей ни была структура управления рисками, она не будет играть большой роли, если те, кому придется ее реализовывать, не знакомы с ее назначением или не понимают механизмы ее работы.

Многие из механизмов координации, упомянутые при Картировании ЧСЗ, должны обеспечивать решение этих задач. Если до возникновения бедствия проводятся регулярные встречи потенциальных субъектов и участников, то они гораздо лучше понимают свои функции. Однако понимание можно улучшить и иными способами.

Обеспечение понимания субъектами и участниками — общая черта многих структур УРБ. В основном, для этого проводятся тренинги и симуляционные упражнения. В законодательстве некоторых Государств предусмотрены четкие обязанности по проведению тренингов и/или симуляционных учений. В отдельных странах соответствующие требования или рекомендации можно найти в планах и руководствах. Однако в результатах Картирования ЧСЗ отсутствуют свидетельства того, что подобные требования установлены именно в отношении ЧСЗ или сектора здравоохранения.

В Отчете о ГРБ отмечается, что осведомленность всех уровней общества является важнейшим компонентом обеспечения готовности.³¹⁹ В Отчете содержится рекомендация о том, чтобы законодательство предусматривало и устанавливало «минимальные стандарты и содержание программ обучения и тренировок в соответствии с передовой международной практикой...», а также регламентировало проведение «симуляционных учений и тренировок с участием населения, профессионального спасательного персонала и персонала по оказанию экстренной помощи».³²⁰ Аналогичная идея содержится в Контрольном списке ГРБ, где подчеркивается важность проведения подготовки, обучения, симуляционных учений и тренировок.³²¹

В отдельных случаях Картирование ЧСЗ показывает, что Государства, в которых проводились учения, были лучше подготовлены к Пандемии COVID-19. Например, проведение учений в Республике Корея перед Пандемией COVID-19 было названо причиной минимального ущерба от Пандемии в этой стране.³²² Таким образом, использование упражнений и тренировок для обеспечения понимания предмета и повышения готовности так же важно при ЧСЗ, как и при иных бедствиях.

Вовлечение сообществ в тренировочные мероприятия — это способ улучшить понимание ими проблемы. Сообщества должны знать о рисках ЧСЗ, чтобы иметь возможность лучше подготовиться к ним и реагировать на них. Вовлечение сообществ в тренировочные мероприятия также может помочь подготовить их к возможным типам ограничений.³²³ В результатах Картирования ЧСЗ приведено лишь несколько примеров участия сообществ в учениях. При этом обеспечение более широкого понимания проблемы в сообществах является крайне важным, особенно в свете борьбы с дезинформацией. Привлечение местных средств массовой информации к усилиям по повышению осведомленности также является приоритетной задачей.

Необходимость анализа полученного опыта и интегрирование полученных знаний в структуру управления рисками ЧСЗ аналогичны по значимости тренировочным мероприятиям. Выше было упомянуто о возможном преимуществе Республики Корея, обусловленном ее предыдущим опытом борьбы со вспышками тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). Координационные усилия Сьерра-Леоне во время Пандемии COVID-19 основывались на опыте правительства этой страны в борьбе со вспышкой Эболы.³²⁴ Таким образом, вывод из ситуации с Пандемией COVID-19 может заключаться в следующем: главное, что нужно понять, — это научиться анализировать полученный опыт.

Опыт можно получить разными способами. Официальное расследование обычно проводится после бедствия и, несомненно, будет проведено после Пандемии COVID-19. Ранее ВОЗ через свой Комитет по обзору проводила расследования реагирования на ЧСЗМЗ,³²⁵ и Комитет по обзору уже получил указание проанализировать применение ММСП при реагировании на Пандемию COVID-19. На уровне Государств было проведено относительно мало расследований, касающихся ЧСЗ. В 2003 году было проведено официальное расследование эпидемии ТОРС, по результатам которого были опубликованы подробные отчеты.³²⁶ Отсутствие серьезных расследований по Пандемии H1N1, помимо проведенных ВОЗ, можно объяснить ограниченным ущербом от этого заболевания (хотя некоторые Государства провели внутренние расследования³²⁷). Следует отметить также такие виды официальных аналитических процедур, как судебно-медицинская экспертиза и судебное расследование.

Однако полученный опыт можно анализировать не только через формальные процедуры. Многое можно узнать посредством неофициального обмена информацией или обмена знаниями. Еще один важный момент заключается в том, чтобы анализ опыта не откладывался до времени окончания события. Таким образом, любой формальный анализ, предпринятый Государством, должен обеспечить реализацию в той или иной форме

непрерывности процесса «анализа полученного опыта», результаты которого могут использоваться всеми субъектами и участниками реагирования на ЧСЗ. ВОЗ недавно опубликовала полезное руководство по проведению анализа во время ЧСЗ: Руководство по проведению внутреннего анализа ситуации с COVID-19 на страновом уровне.³²⁸ К сожалению, это Руководство не охватывает законодательное регламентирование вопросов, подлежащих анализу, что является важным упущением, однако при этом оно предусматривает изучение специфики координации, планирования и мониторинга на страновом уровне.

Ранее результаты проведенных анализов, как правило, касались оперативных вопросов. Изучение правовой стороны вопроса (а, именно, описание тренировочных заданий по правовым аспектам реагирования на бедствия) имеет место гораздо реже. Тем не менее, юристы, участвующие в управлении ЧСЗ и разработке соответствующих нормативных актов, могут извлечь пользу из тренировочных мероприятий и получить важные знания на основе анализа опыта, так же, как и представители других секторов. В Программе закона о бедствиях МФОКК и КП закреплена модель правового реагирования на чрезвычайную ситуацию после бедствия, а также описан сценарий, включающий ЧСЗ. В настоящее время множество юристов и особенно консультантов по правовым вопросам имеют опыт разработки законодательства о чрезвычайных ситуациях, учитывая тот объем нормативных актов, который потребовался для реагирования на Пандемию COVID-19. Важно, чтобы этот опыт не был утрачен. В вышеприведенном разделе 3.4 данного Отчета содержалась рекомендация по созданию международной сети юристов для содействия имплементации ММСП. Целесообразно также создавать и развивать подобные сети на национальном уровне. Поэтому Государства могут рассмотреть возможность создания таких юридических сетей, чтобы способствовать сохранению и развитию правовых знаний и опыта для реагирования на ЧСЗ в будущем. Национальные общества и Программа закона о бедствиях МФОКК и КП способны помочь в создании таких сетей.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. признавать важность повышения осведомленности общественности о рисках ЧСЗ и их потенциальных последствиях;
 - b. содействовать предоставлению сообществ информации, необходимой для обеспечения готовности к ЧСЗ и реагирования на них;
 - c. включать обязательные положения о том, чтобы все потенциальные субъекты и заинтересованные в реагировании на ЧСЗ стороны (включая сообщества) регулярно проводили учебные и симуляционные упражнения на случай ЧСЗ или участвовали в них для обеспечения понимания ими:
 - i. структуры управления рисками ЧСЗ;
 - ii. ключевых действий, которые необходимо предпринять для подготовки к ЧСЗ и реагированию на них;
 - iii. текущего уровня готовности к ЧСЗ.
2. Несмотря на то, что учебные и симуляционные упражнения должны быть сфокусированы на ЧСЗ, все субъекты и заинтересованные стороны, включенные в более широкую структуру УРБ, должны иметь возможность участвовать в них, чтобы узнать больше о конкретных механизмах реагирования на ЧСЗ.
3. Симуляционные упражнения должны быть нацелены на проверку, кроме прочего, правовых элементов структуры управления рисками ЧСЗ и готовности правовой системы к ЧСЗ.
4. Законы и/или политики должны предусматривать следующее:
 - a. анализ структуры управления рисками ЧСЗ:
 - i. периодический (особенно для оценки учета структурой новых или возникающих угроз здоровью населения);
 - ii. проводимый после возникновения ЧСЗ для оценки эффективности функционирования структуры и анализа полученного опыта;
 - b. эффективное отражение результатов анализа полученного опыта и соответствующих рекомендаций, а также внедрение тренировочных и симуляционных упражнений.

5 / ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ ПОЛНОМОЧИЯ ПРИ ЧСЗ

5.1 / ВВЕДЕНИЕ

Распространенным механизмом начального реагирования на бедствия является введение режима чрезвычайного положения (**ЧП**) или **состояния бедствия**. Как отмечается в Отчете о ГРБ, предназначение любого из этих режимов состоит в том, чтобы вызвать «переход к чрезвычайному правовому режиму, в котором применяются особые механизмы управления и реализуются особые государственные полномочия». ³²⁹ Это обосновано тем, что только при наличии у властей права реализовывать особые полномочия и механизмы (например, права принимать определенные решения или задействовать доступные ресурсы), имеется возможность реагировать на бедствие, масштабы которого могут превышать «обычные» возможности реагирования. ³³⁰

В Отчете о ГРБ указывается, что право вводить режим ЧП обычно закреплено конституцией страны за высшими должностными лицами и органами власти. Режим ЧП обычно вводится при экстремальных и непредвиденных обстоятельствах, которые существенно нарушают устоявшийся правопорядок (например, при гражданских войнах или масштабных гражданских беспорядках). При этом они могут иметь достаточно широкие формулировки и относиться к любому виду бедствий, включая ЧСЗ. В результате введения режима ЧП обычно происходит централизация процесса принятия решений и наступает возможность осуществления правительством или государственными органами власти чрезвычайных и даже непредусмотренных законом полномочий. Режим ЧП часто позволяет правительству ограничивать или нарушать основные конституционные права граждан и/или права человека.

Возможность введения режима состояния бедствия, в свою очередь, обычно предусмотрена в законодательстве об УРБ. Данный режим может быть введен должностными лицами на более низких уровнях государственного управления. ³³¹ В результате введения режима состояния бедствия обычно инициируются планы управления бедствиями и запускаются специальные механизмы государственного управления и реализации недоступных в обычное время полномочий органов власти, например полномочий по эвакуации населения. Те властные полномочия и механизмы управления, которые реализуются при режиме состояния бедствия, обычно заранее определены и более строго ограничены, чем полномочия и механизмы, которые применяются при режиме ЧП.

С точки зрения юридических полномочий введение того или иного режима может быть двунаправленным: (1) оно может инициировать чрезвычайные нормотворческие полномочия, обычно наделяя органы исполнительной власти правом издавать нормативно-правовые акты (например, указы, приказы или постановления); (2) оно может дать властям право осуществлять чрезвычайные полномочия (например, отдавать приказ об эвакуации, конфисковывать имущество или ограничивать передвижение). Первое направление из вышеупомянутых может использоваться для обеспечения второго, хотя второе может уже быть обеспечено действующими правовыми нормами. Введение режимов чрезвычайного положения или состояния бедствия также может выступать в качестве повода для мобилизации ресурсов, инфраструктуры и финансирования. Важно отметить, что в некоторых Государствах официальное введение режимов ЧП или состояния бедствия не требуется. Вместо этого официальное лицо может быть уполномочено определить наличие ЧП или состояния бедствия. В некоторых Государствах чрезвычайные полномочия могут возникнуть просто при наличии заранее регламентированных обстоятельств, без необходимости введения или определения ЧП или состояния бедствия.

Существует важное различие между (1) упомянутыми выше специальными чрезвычайными нормотворческими полномочиями, которые обычно предоставляются органам исполнительной власти и осуществляются ими, и (2) чрезвычайными законами, которые принимаются законодательными органами в рамках их обычной деятельности. Во многих Государствах выборки были приняты специальные нормативные акты по Пандемии COVID-19 (часто они принимались экстренно и с использованием ускоренных нормотворческих процедур). Это было новой практикой, которую можно описать как «чрезвычайное нормотворчество». Тем не менее, однако, нормотворческие органы имели возможность проводить тщательную проверку принимаемых актов. ³³² Хотя могут возникнуть опасения по поводу того, может ли быть проведена эффективная проверка актов, принятых ускоренно, данный тип чрезвычайного нормотворчества не является основным предметом внимания настоящей



Мбуса Мукомба Гамбалиен — один из многих волонтеров Национального общества Красного Креста, ответственных за безопасное и достойное захоронение умерших в Буниа, Демократическая Республика Конго. Тела умерших от лихорадки Эбола наиболее заразны.
©МФОККиКП / Корри Батлер

Главы. Напротив, основное внимание уделяется чрезвычайным нормотворческим полномочиям и чрезвычайным полномочиям, которые предоставляются органам исполнительной власти и осуществляются ими.

По результатам Картирования ЧСЗ становится очевидным, что в случае ЧСЗ может быть введен как режим ЧП, так и состояния бедствия. При ЧСЗ может действовать дополнительный механизм инициирования чрезвычайных полномочий — введение режима чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения (**режима ЧСЗ**).³³³ Введение такого режима выполняет ту же юридическую функцию, что и введение режимов ЧП и состояния бедствия, но характерно только для ЧСЗ и обычно предусмотрено законодательством о ЧСЗ. В рамках данной Главы режимы ЧП, состояние бедствия и ЧСЗ совместно именуется **исключительными положениями**.

В общих чертах, использование чрезвычайных полномочий при ЧСЗ (как и при любом ином бедствии) поднимает, как минимум, шесть основных вопросов: (1) источник и характер чрезвычайных полномочий; (2) субъект, уполномоченный инициировать или осуществлять такие полномочия; (3) время, когда такие полномочия могут быть инициированы, и период, в течение которого они действуют; (4) характер вводимых полномочий или мер; (5) влияние использования чрезвычайных полномочий, например, на соблюдение прав человека; (6) гарантии, которые применяются при осуществлении чрезвычайных полномочий или мер.

5.2 / ИСТОЧНИК И ХАРАКТЕР ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ПОЛНОМОЧИЙ

Картирование ЧСЗ указывает на то, что источником чрезвычайных полномочий и исключительных положений в рамках реагирования на ЧСЗ могут быть различные нормативные акты. Имеются также различия в уровнях использования чрезвычайных полномочий и масштабах введения исключительных положений (на уровне или в масштабе страны, региона или муниципалитета). Об этом свидетельствует то, как, согласно отчетам, Государства выборки реагировали, в частности, на Пандемию COVID-19. В большинстве Государств выборки сообщалось о введении исключительного положения или об использовании чрезвычайных полномочий. Однако единого подхода к этому не отмечается, так как при реагировании на Пандемию COVID-19 Государства применяли все возможные режимы — ЧП, состояние бедствия, режим ЧСЗ.³³⁴ В 19 из 36 Государств выборки действовал режим ЧСЗ, хотя формально он был введен только в половине из этих стран. В остальных из них режим ЧСЗ или полномочия, реализуемые при ЧСЗ, смогли вступить в силу на основании лишь установления наличия ЧСЗ или превышения определенного порога ЧСЗ без необходимости формального введения данного режима. По результатам Картирования ЧСЗ, в аналогичном количестве стран в связи с Пандемией COVID-19 был введен режим ЧП. Однако это не означает, что половина Государств выборки решили вести режим ЧСЗ, а другая половина — режим ЧП. Скорее, в ряде Государств выборки были введены оба этих режима. Введение режима состояния бедствия с опорой на законодательство об УРБ было зарегистрировано только в шести из Государств выборки. Это говорит о том, что, если необходимые полномочия предусмотрены отраслевым законодательством о ЧСЗ, они будут применяться при ЧСЗ даже при наличии возможности введения режима состояния бедствия в соответствии с законодательством об УРБ.

Режим состояния ЧСЗ не рассматривается подробно в Отчете о ГРБ. Результаты Картирования ЧСЗ показывают, что такой режим действует либо как подвид режима состояния бедствия, либо, что чаще, как самостоятельный механизм. Если режим ЧСЗ предусмотрен национальным законодательством, то последствия его введения по своему характеру и действию, как правило, схожи с последствиями введения режима состояния бедствия. Право вводить режим ЧСЗ или устанавливать чрезвычайные полномочия, связанные с ЧСЗ, обычно регламентировано в законодательстве о ЧСЗ.

В некоторых случаях предполагается, что режим ЧП может вводиться для реагирования на ЧСЗ, даже если все необходимые полномочия доступны в рамках режимов ЧСЗ или состояния бедствия. Как отмечается в Отчете о ГРБ, исключительные положения могут быть введены по причинам, не ограничивающимся чисто юридическим обоснованием. В частности, ЧП может быть введено, чтобы «уведомить общественность и субъектов ГРБ о серьезности угрозы и тем самым побудить их принять соответствующие меры по обеспечению готовности и реагированию»³³⁵ либо продемонстрировать, что правительство серьезно относится к возникшей угрозе. В некоторых случаях, особенно в федеративных и квазифедеративных Государствах, введение ЧП может потребоваться просто для выделения финансовых ресурсов или в случае недостаточности ресурсов в определенном населенном пункте.³³⁶

На практике может быть трудно разграничить типы исключительных положений, особенно из-за непоследовательного использования терминов «состояние бедствия» и «чрезвычайное положение» в законодательстве Государств. Это подтверждается данными Отчета о ГРБ и результатами Картирования ЧСЗ. В конечном счете, все исключительные положения (кроме тех, которые используются только для доступа к финансам) являются механизмом перехода «от нормального правового режима к чрезвычайному» и могут рассматриваться как разные проявления одного и того же режима без четкого разграничения между ними. Тем не менее, как отмечается в Отчете о ГРБ, «при большинстве бедствий более целесообразно объявить режим состояния бедствия, чем ЧП (при условии, что доступны оба режима). Это связано с тем, что большинство бедствий недостаточно серьезны, чтобы поставить под угрозу существующий правопорядок или потребовать централизации процесса принятия решений с ограничением конституционных прав граждан и прав человека».³³⁷ В принципе, это замечание в равной степени относится и к ЧСЗ. В целом, предпочтение следует отдавать режимам состояния бедствия или ЧСЗ, хотя режим ЧП, как и соответствующие ему более исключительные полномочия и меры, иногда могут быть необходимы.

Риски неоправданного введения режима ЧП (в отличие от более ограниченных или регламентированных режимов состояния бедствия или ЧСЗ) могут быть как юридическими, так и практическими. В Отчете о ГРБ и в иных отчетах подчеркивается,³³⁸ что правовые проблемы очевидны: задействие ненужных, неограниченных или неадекватных чрезвычайных полномочий, осуществляемых бесконтрольно или с крайне ограниченным контролем, может привести к нарушению прав. Общеизвестно, что некоторые чрезвычайные меры могут потребовать игнорирования или нарушения законов о правах человека, однако такие меры и срок их действия должны быть обоснованными и соразмерными угрозе здоровью населения. Кроме того, в Отчете Института Валленберга содержится важное замечание: «Наличие всеобъемлющей структуры обеспечения готовности к пандемии и реагирования на нее может снизить необходимость отступления от международных стандартов, поскольку такие стандарты будут встроены в эту структуру».³³⁹

Можно привести также более прагматичный, практический аргумент против неоправданного введения режима ЧП. По своей природе, режим ЧП создает исключительную ситуацию и предназначен для введения исключительных полномочий и мер. Правительственные субъекты, не относящиеся к секторам управления рисками ЧСЗ или УРБ, могут быть наделены правом осуществлять исключительные полномочия в данных секторах, не будучи обязанными изучить организационный или оперативный контекст, в котором им придется принимать решения. Это, в свою очередь, может отрицательно сказаться на эффективности их практической деятельности. Как отмечается в Отчете Института Валленберга, напротив, если режимы состояния бедствия или ЧСЗ вводятся в ситуации, когда их основания и последствия более четко определены, и если эти режимы включены в общую структуру обеспечения готовности к пандемии и реагированию на нее, то как юридические, так и практические риски от их введения могут быть сведены к минимуму.

Очевидно, что достижение баланса может быть трудной задачей. Как отмечается в Отчете о ГРБ³⁴⁰, не всегда возможно или целесообразно заранее предвидеть или охватить все возможные ситуации, которые могут возникнуть при ЧСЗ, особенно при такой серьезной ЧСЗ, как Пандемия COVID-19. Следовательно, иногда может потребоваться отмена режима ЧП и тех полномочий и мер, которые вводятся с этим режимом.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы должны регламентировать исключительные положения на случай ЧСЗ, чтобы последние были соразмерными и адаптированными к различным возможным типам и масштабам ЧСЗ. В этой системе должно быть предусмотрено изначальное применение минимально необходимых ограничительных мер и исключительных полномочий с возможностью их расширения по нарастающей только в случае крайней необходимости.
2. Отдельные механизмы для введения или определения исключительного положения при ЧСЗ (если таковые имеются) должны быть сопоставимы и скоординированы друг с другом.
3. Закон должен максимально четко регламентировать (с учетом непредсказуемости возникающих рисков для здоровья) основания для введения исключительного положения при ЧСЗ, характер и возникающие при его введении полномочия.

5.3 / ПРАВО ВВОДИТЬ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

В Отчете о ГРБ рекомендовано четко определять в законодательстве то, какой субъект, уполномочен вводить исключительное положение.³⁴¹ Также рекомендовано установить нижестоящих лиц, которые вправе принимать такие же решения в случае, если вышеуказанный субъект (физическое или должностное лицо) отсутствует или неспособен исполнить свои полномочия. Кроме того, указывается, что указанные нижестоящие лица перед принятием решения о введении исключительного положения должны консультироваться с иными ведомствами либо действовать исключительно по запросу другого ведомства.³⁴² Картирование ЧСЗ позволяет сделать вывод о том, что в законодательстве о ЧСЗ уже внедрены некоторые из этих принципов.

Законодательство о ЧСЗ, устанавливающее право субъектов вводить режим ЧСЗ или инициировать чрезвычайные полномочия при ЧСЗ, обычно четко определяет полномочия указанных субъектов, закрепляя их за представителями сектора здравоохранения. В большинстве случаев Картирование ЧСЗ показывает, что такой субъект (как правило, это министр здравоохранения, приравненное к нему лицо или высшее должностное лицо в министерстве здравоохранения) уполномочен вводить режим ЧСЗ или, если введение такого режима не предусмотрено законом, определять наличие предписанного уровня ЧСЗ. Например, Министр здравоохранения Бразилии может объявить чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения национального масштаба.³⁴³ В Сингапуре Директор медицинской службы по согласованию с Министром здравоохранения вправе разрабатывать перечень чрезвычайных мер.³⁴⁴ Премьер-министр Новой Зеландии вправе ввести то или иное исключительное положение по согласованию с Министром здравоохранения.³⁴⁵ В Китае Постоянный комитет Национального собрания уполномочен вводить режим ЧСЗ.³⁴⁶

Если в стране вместо режима ЧСЗ выбор делается в пользу введения режима ЧП, обычно ответственное за введение такого режима лицо определяется аналогичным образом — как правило, им является глава Государства (например, президент).³⁴⁷ В некоторых случаях введение обоих режимов (ЧП и ЧСЗ) может означать, что полномочия по их введению возложены на разные лица — либо на нескольких представителей национального правительства (например, на президента и министра здравоохранения), либо на представителей разных уровней государственного управления в федеративном или децентрализованном Государстве (для например, на губернатора и президента). Свидетельства того, что решение этого вопроса вызвало какие-либо затруднения во время Пандемии COVID-19, отсутствуют, однако его можно решить, если включить в законодательство четкое указание на то лицо, которое уполномочено вводить определенный режим.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы, регламентирующие полномочия по введению исключительного положения или наделяющие директивный орган правом определять наличие такого положения, должны:
 - a. четко обозначать лицо, уполномоченное вводить такое положение или определять его наличие;
 - b. в случае, если несколько лиц наделены такими полномочиями (в соответствии с разными нормативными актами либо в разных обстоятельствах), обеспечивать однозначное понимание условий, в которых может действовать каждое такое лицо, а в случае противоречий — предусматривать способ определения уполномоченного лица;

В Отчете о ГРБ также содержится рекомендация для Государств установить перечень нижестоящих лиц, которые вправе принимать решения о введении определенного исключительного положения в случае, если вышестоящий субъект (физическое или должностное лицо) отсутствует или неспособен исполнять свои полномочия.³⁴⁸ Это, вероятно, даже более важно в тех случаях, когда должностным лицам приходится осуществлять меры реагирования на заболевание, которое может поразить их самих. Однако в законодательстве Государств выборки таких норм не обнаружено. Конституции некоторых Государств могут предусматривать способы реагирования на такие непредвиденные обстоятельства. Например, любой министр может быть наделен правом исполнять полномочия другого министра, а на случай недееспособности президента в конституции может быть предусмотрен порядок перехода его полномочий к иному лицу. В других Государствах, законодательство которых прямо устанавливает перечень уполномоченных должностных лиц, заместителям таких лиц также может быть дано право принимать решения. В целом, Картирование ЧСЗ показывает недостаток регламентации мер на случай непредвиденных обстоятельств в связи с отсутствием уполномоченного лица. Государствам следует уделить внимание этой проблеме, учитывая вероятность того, что при серьезной ЧСЗ могут пострадать министры или должностные лица. Следовательно, рекомендацию из Отчета о ГРБ необходимо признать обоснованной.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

Государствам следует установить перечень нижестоящих должностных лиц, уполномоченных вводить исключительное положение или определять его, на случай, если уполномоченные на это законом вышестоящие должностные лица не смогут исполнять свои обязанности при ЧСЗ. Наделение назначенного заместителя такими полномочия при необходимости может закрепляться в законе.

В Отчете о ГРБ также предлагается прописывать в законах норму о том, что лицо, уполномоченное определять наличие исключительного положения, обязано действовать «по согласованию» с иным ведомством или «по запросу» иного ведомства (например, ведомства по управлению бедствиями или субнациональных органов власти). Соблюдение этого требования может обеспечить: (1) недопущение концентрации полномочий в руках одного лица или ведомства; (2) сохранение автономии субнациональных юрисдикций; (3) придание должного значения специальным знаниям соответствующих отраслевых ведомств.³⁴⁹ Результаты Картирования ЧСЗ показывают, что такие положения уже имеются в законодательстве некоторых Государств выборки. Например, президент Колумбии может ввести режим ЧП только после письменного согласования со всеми министрами и с одобрения Конституционного суда.³⁵⁰ В Новой Зеландии премьер-министр уполномочен вводить режим ЧСЗ, но только с согласия министра здравоохранения.³⁵¹ В Папуа-Новой Гвинее глава Государства может объявить ЧП исключительно по рекомендации Национального исполнительного совета, члены которого, в свою очередь, должны прежде проконсультироваться с Чрезвычайным комитетом, как того требует закон.³⁵²

Даже если право введения или определения исключительного положения закреплено за отраслевым министерством по вопросам общественного здравоохранения (как правило, это министерство здравоохранения), крайне желательно принимать соответствующие решения по согласованию с иными ведомствами. Как отмечалось ранее, круг субъектов, вовлеченных в реагирование на ЧСЗ, может быть очень широким (включая количество департаментов при министерстве, которые могут быть задействованы), и факторы, которые, возможно, придется учитывать в разных секторах, не всегда могут быть ограничены компетенцией одного должностного лица или ведомства. Консультация, в том числе предварительная, с другими субъектами также может принести пользу в виде заблаговременного предупреждения таких других субъектов и предоставления им возможности выразить свою точку зрения о целесообразности или применимости любых предлагаемых мер. Кроме того, важно, чтобы субнациональные или местные органы власти, которые могут быть обязаны действовать в рамках исключительного положения или обеспечивать его реализацию, также участвовали в обсуждениях до введения соответствующего режима. С учетом потенциальной скорости распространения ЧСЗ, проведение основательных обсуждений не всегда может быть осуществимо. Поэтому иногда необходимо на более ранних этапах привлекать субъектов к обсуждению последствий введения исключительного положения, а также тех мер или полномочий, которые могут потребоваться для его реализации. Тем не менее, ряд Государств выборки нормативно закрепляют такое требование о проведении консультаций.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

Законы и/или политики должны включать требование о том, что до введения или определения какого-либо исключительного положения в рамках реагирования на ЧСЗ:

1. если исключительное положение вводится или определяется лицом, не являющимся министром здравоохранения или должностным лицом министерства здравоохранения, такое лицо должно обратиться в министерство здравоохранения, чтобы (i) как минимум проконсультироваться, но (ii) в идеале — согласовать или утвердить с данным ведомством свое решение;
2. если введение или определение исключительного положения, а также введение в действие любых соответствующих чрезвычайных полномочий может негативно повлиять на функционирование субнационального правительства или администрации, с последними следует, как минимум, проконсультироваться до того, как такое положение будет введено или определено;
3. лицо, вводящее или определяющее исключительное положение, должно проконсультироваться (насколько это практически возможно в конкретных обстоятельствах) с основными субъектами и заинтересованными сторонами, которые могут участвовать в реагировании на ЧСЗ.

5.4 / ОСНОВАНИЯ И МОМЕНТ ВВЕДЕНИЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ПОЛНОМОЧИЙ

Как отмечается в Отчете о ГРБ, крайне важно, чтобы в законодательстве были четко определены правовые триггеры для введения или определения наличия исключительного положения и осуществления чрезвычайных полномочий. Триггеры каждого возникшего исключительного положения должны соответствовать степени и типу бедствия, для устранения которого вводится тот или иной режим. Юридические триггеры для введения ЧП могут быть обоснованно сформулированы без излишней детализации, «чтобы предоставить правительству достаточную гибкость для реагирования на исключительные и непредвиденные события, но для введения режима состояния бедствия [и, впоследствии, режима ЧСЗ] должны появиться гораздо более определенные триггеры». ³⁵³

Индонезия, 2019 г. Национальное общество Красного Креста Индонезии при поддержке Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОККИКП) и финансировании со стороны USAID помогает сообществам готовиться к реагированию на вспышки заболеваний и предотвращать их возникновение в рамках программы обеспечения готовности к эпидемиям и пандемиям. © МФОККИКП / Корри Батлер



Чрезвычайно важным является вопрос момента появления триггера. Если триггеры являются исключительно реактивными (т.е. основания для введения или определения того или иного режима возникают только после того, как ЧСЗ проявится или достигнет определенного уровня опасности), то к моменту введения исключительного положения совершение определенных превентивных или подготовительных мероприятий может потерять свою актуальность. Реактивные триггеры могут представлять собой особую проблему в отношении ЧСЗ по крайней мере по двум причинам: (1) при вспышке инфекционного заболевания в другом Государстве ожидание ее появления в стране до того, как можно будет предпринять какие-либо действия, способно помешать совершению необходимых подготовительных мероприятий; (2) инфекционные заболевания могут распространяться чрезвычайно быстро и, возможно, даже быстрее, чем другие типы бедствий. Пандемия COVID-19 определенно показала, что при ЧСЗ могут потребоваться экстренные и чрезвычайные меры. Однако следует признать, что существуют некоторые риски, связанные с упреждающими триггерами. В частности, эти риски состоят в том, что чрезвычайные полномочия могут быть использованы слишком рано или без необходимости.

К сожалению, не всегда Картирование ЧСЗ сопровождается указанием на то, когда следует вводить исключительное положение или определять его наличие либо когда можно задействовать исключительные полномочия. В результатах Картирования ЧСЗ, отражающих такую информацию, как правило, указывается, что триггеры для этого должны быть упреждающими, а не только реактивными. Например, Конституция Либерии прямо предусматривает возможность введения ЧП при угрозе бедствия. В Колумбии режим ЧСЗ может быть введен, когда складываются условия, угрожающие благополучию людей и т.п.³⁵⁴ В Соединенном Королевстве чрезвычайные нормативные акты по реагированию на ЧСЗ могут быть приняты в случае возникновения «серьезной и неминуемой угрозы здоровью населения».³⁵⁵ В Болгарии Министр здравоохранения может осуществлять чрезвычайные полномочия при наличии «неминуемой угрозы» для жизни и здоровья граждан в результате эпидемии инфекционного заболевания.³⁵⁶ В Сингапуре Министр может ввести режим ЧСЗ, если будет «убежден в наличии вспышки или неминуемой угрозы вспышки инфекционного заболевания, которое может привести к значительному числу жертв или случаев серьезной инвалидности среди жителей страны».³⁵⁷ Несмотря на эти положительные примеры, большое количество законодательных актов все еще допускает принятие мер только после того, как бедствие возникло или начало причинять вред. В некоторых случаях это связано с давностью принятия законодательных актов или с опасением, что упреждающий подход может привести к преждевременному введению исключительных положений.

В целом, скорость распространения COVID-19 как на международном, так и на национальном уровнях подтверждает изложенные в Отчете о ГРБ рекомендации о том, что следует допустить упреждающее введение или определение исключительных положений для обеспечения значимых преимуществ при реагировании³⁵⁸ на ЧСЗ. Хотя существует риск того, что такой подход может привести к преждевременному или необоснованному введению исключительных положений, до тех пор, пока проводятся соответствующие проверки, возможность с упреждением вводить или определять исключительные положения должна присутствовать у Государства при реагировании на серьезные угрозы здоровью населения.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законодательство должно обеспечивать баланс, чтобы триггеры для введения исключительных положений или задействования чрезвычайных полномочий при реагировании на ЧСЗ: (а) были изложены ясно и однозначно; (б) были достаточно гибкими, чтобы их можно было адаптировать ко вновь возникающим рискам для здоровья.
2. Законодательство должно предусматривать возможность в упреждающем порядке вводить и определять исключительные положения при реагировании на ЧСЗ.
3. Чтобы свести к минимуму риск неправомерного использования полномочий на упреждение, законодательство должно четко определять обстоятельства, при которых могут быть заблаговременно введены или определены такие положения. К числу таких обстоятельств может относиться неизбежный или вероятный характер ЧСЗ (с точки зрения временного или географического распространения) либо угроза серьезных последствий.

5.5 / ХАРАКТЕР ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ПОЛНОМОЧИЙ И МЕР

Чрезвычайные полномочия, которые могут быть задействованы для реагирования на ЧСЗ, делятся на два типа: (1) чрезвычайные нормотворческие полномочия и (2) чрезвычайные исполнительные полномочия (сокращенно — «чрезвычайные полномочия»). Чрезвычайные полномочия могут регламентироваться действующим законодательством или вводиться посредством нормативных актов, принимаемых с использованием чрезвычайных нормотворческих полномочий. Картирование ЧСЗ показывает, что сочетание этих двух типов чрезвычайных полномочий имело место при реагировании на Пандемию COVID-19, хотя в разных Государствах эти полномочия именовались и применялись по-разному.

Как отмечалось выше, в некоторых Государствах чрезвычайные полномочия могут возникнуть при наличии определенных регламентированных обстоятельств, без необходимости введения или определения ЧП, состояния бедствия или ЧСЗ. Действительно, каждое Государство выборки вводило те или иные чрезвычайные полномочия в рамках реагирования на Пандемию COVID-19, даже если исключительное положение не было введено или определено. В некоторых случаях чрезвычайные нормотворческие полномочия использовались для нормативного закрепления новых чрезвычайных полномочий. Однако в большинстве случаев используемые чрезвычайные полномочия уже были в большей или меньшей степени регламентированы действующим на тот момент законодательством.

Как упоминалось в Главе 1, анализ эффективности и целесообразности мер реагирования на Пандемию COVID-19, реализованных с применением чрезвычайных полномочий, выходит за рамки настоящего Отчета. Более того, результаты Картирования ЧСЗ в своем большинстве предоставляют информацию о нормативном источнике применяемых чрезвычайных полномочий, но не информацию о характере мер, введенных с использованием таких полномочий (хотя в отдельных результатах Картирования чрезвычайных декретов все же указаны некоторые из чрезвычайных мер, введенных в начале Пандемии COVID-19). Большинство введенных чрезвычайных мер к настоящему времени общеизвестны и включают:

- закрытие границ;
- ограничения на международные поездки;
- обязательный карантин или самоизоляция³⁵⁹ прибывающих путешественников на дому, в гостиницах или в жилых помещениях, предоставляемых Государством;
- ограничения на внутреннее передвижение;
- закрытие предприятий, школ, спортивно-развлекательных заведений;
- запрет на общественные собрания, включая посещение религиозных учреждений;
- обязательное социальное дистанцирование и другие профилактические меры, такие как обязательное ношение масок;
- тестирование и отслеживание контактов тех, кто может быть заражен, включая обязательное использование приложений для смартфонов и обмен данными;
- принудительная самоизоляция или карантин для тех, у кого проявляются симптомы, или тех, кто может быть бессимптомным носителем либо потенциально инфицированным;
- принудительная защита (по сути, это изоляция или карантин) наиболее уязвимых лиц, особенно лиц пожилого возраста или людей с сопутствующими заболеваниями, даже если они не инфицированы;
- принудительное лечение, в некоторых случаях потенциально включающее вакцинацию.

Будет подготовлен подробный анализ эффективности этих чрезвычайных мер. Он предоставит Государствам весьма полезный инструмент для понимания того, какие именно чрезвычайные нормотворческие полномочия и чрезвычайные полномочия могут потребоваться для реагирования на ЧСЗ в будущем (равно как и на иные бедствия). Между тем, рекомендации, включенные в Отчет о ГРБ,³⁶⁰ могут помочь в определении того, как в законах должны формулироваться и регламентироваться чрезвычайные полномочия.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы должны четко регламентировать полномочия правительства, возникающие после введения исключительного положения или определения его наличия при реагировании на ЧСЗ.
2. Желательно, чтобы законодательство устанавливало четкий и исчерпывающий перечень чрезвычайных полномочий правительства, однако в случае серьезных ЧСЗ наличие у правительства более широких полномочий может оказаться целесообразным.

5.6 / ВЛИЯНИЕ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ МЕР НА СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

Как показано в Отчете о ГРБ, национальное законодательство об УРБ обычно допускает осуществление мер, затрагивающих права человека, особенно во время или в условиях исключительного положения. Опыт Пандемии COVID-19 показывает, что проблема соблюдения прав человека также возникает в контексте ЧСЗ. Меры, введенные при реагировании на Пандемию COVID-19 и затрагивающие права человека, включают, кроме прочего: локдауны; принудительное закрытие предприятий; обязательный карантин или самоизоляцию инфицированных или потенциально инфицированных лиц, особенно если симптомы субъективны или расплывчаты³⁶¹; принудительную защиту или самоизоляцию наиболее восприимчивых к болезни лиц. Многие меры, нацеленные на смягчение последствий Пандемии и принятые (либо не принятые) в отношении уязвимых групп, описанных в Части С, также затрагивают права человека. Подробное исследование влияния чрезвычайных мер реагирования при Пандемии COVID-19 на соблюдение прав человека выходит за рамки настоящего Отчета, однако по этой теме уже появилось множество статей и сообщений в социальных сетях,³⁶² и она, вероятно, станет одним из наиболее обсуждаемых аспектов Пандемии. К ключевым вопросам, подлежащим обсуждению, относится вопрос о том, соразмерны ли типы введенных ограничений, продолжительность их действия и применяемые меры принуждения характеру и серьезности угрозы для здоровья населения.

Несмотря на характер мер, принятых при реагировании на Пандемию COVID-19, большинство Государств официально предпочли не отступать от принципа соблюдения прав человека. Оказалось, что только 13 стран сообщили об отступлении от положений МПГПП при реализации мер реагирования на Пандемию COVID-19. Это Армения, Чили, Колумбия, Эквадор, Сальвадор, Эстония, Грузия, Гватемала, Кыргызстан, Латвия, Палестина, Перу и Румыния.³⁶³ Это может вызвать удивление, учитывая количество других Государств, которые задействовали чрезвычайные полномочия и принимали меры, которые могли привести к нарушению основных прав человека. Как отмечается в Отчете Института Валленберга, некоторые Государства «ввели меры, в значительной мере нарушающие их международные обязательства, без соблюдения материально-правовых и процедурных требований. Риск, который возникает при отступлении от международных обязательств без соблюдения материально-правовых или процедурных требований, заключается в том, что основные гарантии, которые введены для предотвращения нарушений, приостанавливаются без предварительной оценки необходимости или соразмерности принимаемых мер, что значительно увеличивает вероятность нарушения прав человека».³⁶⁴

Большинство нормативных актов о правах человека включают нормы, позволяющие Государствам ограничивать определенные права в рамках принятия мер по реагированию на серьезные угрозы для здоровья населения или отдельных членов общества. Однако это не дает Государствам права ссылаться на соображения охраны здоровья, и, как следствие, делать то, что им заблагорассудится. Ограничения прав человека должны быть целесообразными, адекватными и, что наиболее важно, нормативно регламентированными. В Сиракузских принципах³⁶⁵ более подробно прописано, что такие меры должны быть конкретно нацелены на предотвращение заболеваний или травм либо на оказание помощи больным и раненым, и что необходимо должным образом учитывать ММСП,³⁶⁶ а также более общие принципы необходимости и соразмерности. Важность требования о том, чтобы любые ограничения были нормативно регламентированы, была продемонстрирована в недавнем судебном разбирательстве в Новой Зеландии по делу «Борроудейл против Генерального директора здравоохранения и других лиц».³⁶⁷ Высокий суд Новой Зеландии признал ограничения, введенные в Новой Зеландии в период Пандемии COVID-19, необходимыми, разумными и соразмерными. Однако он постановил, что ограничения свободы передвижения, мирных собраний и ассоциаций противоречили Биллю Новой Зеландии о правах от 1990 года в течение того периода времени, когда такие ограничения не имели нормативного закрепления.



Южная Африка, 2020 г. В торговом центре Twin City Mall волонтеры рассказывают о методах сдерживания распространения COVID-19, начиная с соблюдения физической дистанции и регулярного мытья рук. © МФОКККП / Моэлеци Мабе

Следовательно, они не были предусмотрены законом. После того, как ограничения были закреплены в законодательстве, Высокий суд счел их правомерными.

Поскольку в результатах Картирования ЧСЗ не рассматриваются решения по судебным делам, неясно, как часто инициировались судебные разбирательства по поводу ограничений прав человека в период Пандемии COVID-19, и какие решения выносили суды. Анализ судебных решений, принятых в юрисдикциях общего права, показывает, что суды готовы предоставить правительствам определенную степень свободы действий и гибкости при реагировании на ЧСЗ. По делу «Долан против Министра здравоохранения и социальной защиты»³⁶⁸ Высокий суд Англии отклонил жалобу на постановление об обязательной самоизоляции, и данное решение было оставлено без изменения по результатам обжалования. Решение суда было основано на том, что запрет человеку покидать свой дом и проводить ночь в месте, отличном от места проживания, не является равносильным лишению свободы. Также ограничение на выход из дома не является нарушением права на уважение частной и семейной жизни. Что касается обжалования ограничений права на передвижение, Суд признал, что такие ограничения действительно посягали на свободу собраний и ассоциаций. Однако он пришел к выводу, что «в контексте глобальной пандемии, когда новое, очень контагиозное, потенциально смертельное заболевание распространяется и передается от человека к человеку», ни один суд не может счесть ограничения неадекватными. Примечательно, однако, что спорные ограничения были регламентированы нормативными актами, но на момент вынесения судебного решения по результатам пересмотра дела они уже были отменены. Вопрос о том, являются ли такие решения нормой, несомненно, будет предметом тщательной проверки и анализа.

Между тем, как указывалось в Отчете о ГРБ и многих других документах, тот факт, что некоторые суды признают за правительством право на свободу усмотрения, не должен умалять более фундаментального принципа, согласно которому Государства не должны отступать от соблюдения прав человека даже во время серьезной ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. В период действия исключительного положения в рамках реагирования на ЧСЗ законодательство должно гарантировать прозрачность и подотчетность правительства, обеспечивать верховенство закона, функционирование демократических институтов и защиту прав человека.
2. Чрезвычайные полномочия и меры не должны противоречить международным нормам, особенно в области прав человека.
3. Поскольку во время ЧСЗ нужно обеспечивать соблюдение прав человека, Государства должны использовать только те чрезвычайные полномочия и меры, которые ограничивают права человека в необходимой, соразмерной и предусмотренной законом степени.

5.7 / ГАРАНТИИ ЗАЩИТЫ И НАДЗОР В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ

Несомненно, введение или определение наличия исключительного положения должно быть обеспечено правовой защитой. В Отчете об УРБ рекомендовано, чтобы законодательство предусматривало осуществление судебного и/или законодательного надзора за реализацией режимов ЧП и состояния бедствия при высоком уровне опасности в отношении: первоначального введения режима ЧП/состояния бедствия (включая все соответствующие чрезвычайные полномочия); решений или мероприятий, предпринятых в период действия режима ЧП/состояния бедствия; решений о продлении или отмене режима ЧП/состояния бедствия. Данные принципы также применимы к исключительному положению, введенному для реагирования на ЧСЗ. Хотя Картирование ЧСЗ предоставляет лишь ограниченные сведения по надзорным мероприятиям, в большинстве Государств выборки можно обнаружить ту или иную форму законодательного или судебного надзора.

5.7.1 / Законодательный надзор

Результаты Картирования ЧСЗ показывают, что имеются значительные различия в том, как законодательные органы осуществляют надзор за введением или определением исключительного положения или принятых чрезвычайных мер.

Самой действенной формой надзора является сохранение нормотворческих полномочий за законодательной властью, а не передача их исполнительной власти. Как уже отмечалось выше, в большинстве Государств законодательные органы продолжали функционировать во время Пандемии COVID-19 и принимали многие законы, используемые правительствами для реагирования на Пандемию, даже в рамках ускоренных процедур и сокращенных сроков. Надзорная роль законодательной власти в большей степени ограничена в том, что касается чрезвычайных нормотворческих полномочий исполнительной власти и их реализации.

Как отмечается в Отчете о ГРБ,³⁶⁹ необходимо найти баланс между скоростью принятия решений и необходимостью их проверки, особенно в тех случаях, когда законодательные органы могут не функционировать надлежащим образом. Приводится разумный аргумент в пользу того, что при быстро развивающейся ЧСЗ более уместно одобрять акты исполнительной власти после, а не до их принятия. Последующее утверждение, как оказалось, является более распространенным подходом в Государствах выборки, в отношении (1) решений по введению исключительных положений при ЧСЗ (при первоначальном введении или продлении) и (2) делегированных или вспомогательных актов исполнительной власти. Например, Согласно Конституции Демократической Республики Конго, после введения режима ЧП Президентом обе законодательные палаты должны принять закон, регламентирующий порядок применения данного режима.³⁷⁰ В Папуа-Новой Гвинее предусмотрена норма, согласно которой рассмотрение вопроса о первоначальном введении режима ЧП на территории всей страны и о продлении срока действия такого режима осуществляется на заседании Парламента. Если потребуются повторное введение чрезвычайного положения, соответствующее решение может быть принято только с одобрения абсолютного большинства членов Парламента.³⁷¹ В Новой Зеландии внесение в нормативные акты изменений, позволяющих использовать особые полномочия во время эпидемии, может быть осуществлено при условии их обсуждения Палатой представителей в кратчайшие сроки после их вынесения на рассмотрение Парламента.³⁷²

Исключительное положение, введенное или определенное при возникновении ЧСЗ, может действовать в течение гораздо более длительного периода, чем при других типах бедствий. В результате этого чрезвычайные полномочия и ограничения могут действовать в течение очень длительного времени, что может повлечь те серьезные последствия, которые описаны в Части С. Чтобы обеспечить действие чрезвычайных полномочий и ограничений только тем периодом, который необходим и сопоставим с масштабом угрозы здоровью населения, исключительные положения, вводимые при ЧСЗ, должны быть ограничены по времени действия, а их продление должно регулироваться в соответствии с четко установленными критериями и охватываться законодательным надзором.³⁷³ В некоторых случаях может быть установлено менее строгое требование, например, о том, чтобы правительство отчитывалось перед законодательным органом и мотивировало необходимость сохранения чрезвычайных полномочий.

Важно признать, что для осуществления законодательного надзора необходимо, чтобы законодательный орган продолжал функционировать во время ЧСЗ. В разделе 4.6 Отчета подчеркивается необходимость принятия на случай непредвиденных обстоятельств тех мер, которые бы позволили бы законодательным органам продолжать функционировать во время ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы, дающие право вводить или определять наличие исключительного положения при реагировании на ЧСЗ, должны гарантировать, что законодательная власть:
 - a. одобрит решение о введении или определении исключительного положения (если это возможно) в течение установленного периода времени;
 - b. имеет право изменять или отменять режим исключительного положения, в том числе вносить изменения относительно географического охвата, времени действия и чрезвычайных полномочий.
2. Законы, позволяющие вводить исключительное положение или определять его наличие при реагировании на ЧСЗ, должны предусматривать ограничение по времени, чтобы исключительное положение автоматически прекращало свое действие по истечении установленного периода, кроме случаев продления режима исключительного положения.
3. Законы, позволяющие вводить исключительное положение или определять его наличие при реагировании на ЧСЗ, должны четко регламентировать:
 - a. обстоятельства, при которых исключительное положение может быть продлено;
 - b. максимальный период, на который может быть продлено исключительное положение;
 - c. либо:
 - i. максимальное количество раз, когда исключительное положение может быть продлено;
 - ii. максимальный период, в течение которого может действовать исключительное положение.
4. Законы, позволяющие вводить исключительное положение или определять его наличие при реагировании на ЧСЗ, должны предусматривать норму о том, чтобы любое продление исключительного положения подлежало одобрению законодательным органом (если это возможно) либо до продления, либо в течение установленного срока после продления.

5.7.2 / Судебный надзор

Второй основной формой надзора или проверки является судебный надзор. Возможность оспорить введение или определение чрезвычайного положения, однако, не является универсальной. Ассоциация международного права считает, что суды должны быть наделены полномочиями устанавливать, что:

- акты и законодательство о введении чрезвычайных положений соответствуют нормам закона с точки зрения соблюдения процедур и условий, а также принципов соразмерности и целесообразности;
- нормативные акты, допускающие ограничение прав и отступление от них, являются законными и приняты с соблюдением всех установленных процедур;
- имело место нарушение абсолютных прав;
- законы, не относящиеся к реализации чрезвычайных мер, продолжают действовать (при этом действующими считаются законы, которые не были надлежащим образом отменены).³⁷⁴

Результаты Картирования ЧСЗ не содержат свидетельств отмены судебного надзора, хотя данный вопрос не был предметом непосредственного обсуждения. Самая большая проблема судебного надзора во время Пандемии COVID-19, возможно, была не юридической, а практической, поскольку многие суды закрывались в рамках повсеместно вводимых ограничений. Только в результатах Картирования ЧСЗ в Индии имеется сообщение о законах, лишаящих суд права вмешиваться в процедуры определения мер по реагированию на Пандемию COVID-19.³⁷⁵



РЕКОМЕНДАЦИЯ

Законы, дающие право вводить или определять исключительное положение при реагировании на ЧСЗ, должны гарантировать:

- a. что введение или определение такого положения, его последующее продление и любые чрезвычайные полномочия или чрезвычайные меры, принятые в соответствии с ним, могут быть предметом судебного разбирательства, возбужденного пострадавшими лицами;
- b. судебные органы обладают компетенцией и полномочиями:
 - i. признавать незаконными факты введения или определения исключительного положения, его последующего продления и введения в действие в рамках исключительного положения любых чрезвычайных полномочий или чрезвычайных мер;
 - ii. издавать необходимые акты для устранения таких нарушений (например, путем объявления такого положения недействительным, назначения штрафов или компенсационных выплат).

5.7.3 / Прозрачность

Дополнительной гарантией, упомянутой в Отчете о ГРБ, является гласность, которая достигается путем обеспечения информирования как можно большего количества людей о введении исключительных положений, помимо внесения информации о соответствующем акте в государственный реестр законов. Это, безусловно, важно, и, хотя это не отражено в результатах Картирования ЧСЗ, имеются свидетельства того, что Государства используют различные методы коммуникации с населением, включая социальные сети, для предоставления информации о мерах, принятых в рамках реагирования на Пандемию COVID-19.³⁷⁶ Интерес представляет также использование веб-сайтов для обеспечения более широкого доступа к законодательству, регламентирующему меры по реагированию на Пандемию. Многие правительства создали специальные веб-сайты, посвященные законодательству о Пандемии COVID-19, или добавили на свои основные правовые веб-сайты страницы для материалов о Пандемии. Эти веб-сайты не всегда удобны для пользователей, что может быть обусловлено большим количеством законодательных актов и актов, принимаемых для внесения поправок, дополнений или отмены законов, из-за чего отслеживание актуального законодательства может быть затруднено. Тем не менее, существование таких веб-сайтов обеспечивает улучшенный доступ к законам, и, наоборот, при их отсутствии доступ к нормативным актам может быть чрезвычайно затруднен.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Закон должен предписывать, чтобы о введенном или определенном исключительном положении в рамках реагирования на ЧСЗ (с подробной информацией о чрезвычайных полномочиях или мерах, принятых в соответствии с таким положением) были сделаны соответствующие публикации, доступные для максимально широкой аудитории.
2. В период Пандемии COVID-19 всем Государствам следует продолжать глобальную передовую практику в отношении публикации законодательных актов, а также стремиться публиковать законы, политики и планы, касающиеся исключительных положений и ЧСЗ, в сети Интернет, если это возможно.

ЧАСТЬ С

РОЛЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СМЯГЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЧСЗ И ПОСЛЕДСТВИЙ ДЛЯ УЯЗВИМЫХ ГРУПП



© Сирийский Арабский Красный Полумесяц

В данной Части (Часть С) рассматривается роль законодательства в смягчении вторичного воздействия ЧСЗ и воздействия на маргинализированные и уязвимые группы.³⁷⁷ Данная Часть соответствует структуре Отчета о ГРБ и охватывает следующие общие вопросы: (1) мобильность населения;³⁷⁸ (2) приют и жилье³⁷⁹; (3) защита уязвимых групп.³⁸⁰ Она дополняет существующие, изложенные в Отчете о ГРБ рекомендации по этим вопросам, описывая их в контексте ЧСЗ.

Картирование ЧСЗ дает обширную картину социальных, экономических мер и мер в области здравоохранения, принятых для смягчения последствий Пандемии COVID-19, и, следовательно, описывает типы поддержки, которые Государства могут оказать при реагировании на ЧСЗ в будущем. Аналитика в данной Части преимущественно касается таких мер, особенно тех из них, которые вводятся на основании норм закона или поднимают правовые вопросы, хотя многие из доступных мер были введены без регламентации в законе или политике.

6 / ВОЗДЕЙСТВИЕ ЧСЗ НА МОБИЛЬНОСТЬ И МИГРАЦИЮ НАСЕЛЕНИЯ

6.1 / ОБЩАЯ МОБИЛЬНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Бедствия могут нести краткосрочные и долгосрочные последствия для мобильности людей. В Отчете о ГРБ общая связь бедствий с их последствиями рассматривается в двух основных аспектах: (1) запланированное переселение (осуществляется в рамках превентивных усилий или мер реагирования); (2) перемещение в результате бедствий (незапланированное, осуществляется в рамках мер экстренного реагирования и связано с принуждением людей покинуть свои дома по причине бедствия). В Отчете о ГРБ рекомендовано обеспечить установление общих правовых и политических рамок для осуществления запланированного переселения (при необходимости) и для защиты лиц, подвергшихся принудительному переселению.³⁸¹

Как и прочие виды бедствий, ЧСЗ может вызвать физическое бегство: страх заражения может быть сильным мотиватором. В других случаях желание избежать ограничений из-за введения локдауна как меры реагирования на ЧСЗ может быть достаточной причиной для переезда как внутри страны, так и за границу. Однако, как показала Пандемия COVID-19, ЧСЗ может оказать дополнительное влияние на мобильность населения. Туристы или мигранты могут пожелать возвратиться в родную страну, возможно, чтобы быть полезными там или вернуться к семье. Потеря работы и изменение экономических возможностей также могут стать причиной смены места жительства. В Индии, например, негативное влияние ограничений во время Пандемии COVID-19 на занятость и доходы жителей городских районов привело к массовой межрегиональной миграции. Люди преимущественно переселялись из городских районов в сельские.³⁸²

Возможность такого передвижения может быть ограничена из-за запретов на поездки или закрытие границ, как между странами, так и внутри страны. Во время Пандемии COVID-19 большинство Государств в определенный момент закрыли свои границы для прибывающих; в некоторых Государствах закрытие границ также препятствовало выезду людей (фактически или на основании норм закона).³⁸³ Закрытие границ и ограничения на передвижение привели к изменению маршрутов миграции. Например, сообщается, что мигранты из Западной Африки, которые не смогли попасть в Европейский Союз через Северную Африку, теперь используют более опасный атлантический маршрут через Канарские острова. Закрытие границ и ограничения на передвижение также создают полную противоположность принудительного перемещения: принудительную иммобильность. В определенных ситуациях последствия принудительной иммобильности могут быть очень серьезными для людей, например, для тех, кто подвергается преследованию, утратил средства к существованию или имеет противозаконный или неопределенный миграционный статус (в частности, в случае истечения срока действия визы). По результатам Картирования ЧСЗ, Гондурас столкнулся как с проблемой возвращения из США граждан, просивших там убежища, так и с прибытием множества мигрантов, направлявшихся в США. В условиях ограничений на внутреннее передвижение, закрытия границ и действия мер, предпринятых другими Государствами, значительное число мигрантов фактически оказались в безвыходном положении.³⁸⁴

6.2 / ЗАКРЫТИЕ ГРАНИЦ

За исключением Республики Корея и Соединенного Королевства, все Государства выборки закрыли свои границы или ввели аналогичные меры, например, перестали принимать воздушный или морской транспорт. Очевидной целью таких мер было ограничение мобильности людей для прекращения распространения COVID-19 (при этом степень их эффективности не определена, а моделирование показало, что ограничения на поездки могут помогать лишь на ранних этапах пандемии, становясь впоследствии менее эффективными).³⁸⁵ В ряде Государств выборки полное закрытие границ не было введено немедленно. Вместо этого закрытие границ было поэтапным — ограничения или запреты касались только приезжающих из тех городов или стран, где возникла или первоначально распространилась Пандемия. Например, Новая Зеландия сначала запретила въезд путешественникам из Китая, а затем полностью закрыла свои границы.³⁸⁶ Либерия в начале Пандемии приостановила сообщение со всеми странами, где было зарегистрировано 200 или более случаев COVID-19.³⁸⁷ В других Государствах изначально ограничения были введены для путешественников, прибывающих на транспортных средствах, которые являлись потенциальными источниками передачи инфекции. Например, Австралия в числе первых мер установила запрет для международных круизных судов на вход в свои порты.³⁸⁸

Методы закрытия границ принимали различные формы и варьировались в зависимости от характера границы (наземной, морской или воздушной). В некоторых случаях иностранным или незарегистрированным воздушным и морским судам запрещался доступ на территорию страны. Чаще всего как таковой запрет судам и самолетам прибывать на территорию страны не устанавливался, но пассажирам запрещалось сходить с судов, если они не попадали под определенные исключения. Колумбия, например, запретила пассажирам всех международных авиарейсов прибывать в страну или проезжать транзитом через нее, за исключением (1) случаев возникновения гуманитарной чрезвычайной ситуации, бедствия или обстоятельств непреодолимой силы либо (2) на основании предварительно полученного разрешения. Правила пересечения сухопутных границ немного отличались. Разрешался проезд транспорта для перевозки грузов и товаров.³⁸⁹ Данное исключение действовало во многих Государствах выборки: несмотря на то, что пассажиры были повсеместно ограничены в праве передвижения, признавалось, что товары, особенно предметы первой необходимости, такие как СИЗ, по-прежнему должны были импортироваться.³⁹⁰ Исключения для гуманитарных миссий также фигурируют в ряде указов о закрытии границ в Бразилии. В Либерии (которая закрывала часть своих границ во время вспышки Эболы, когда другие страны оставались открытыми и лишь внедрила систему проверки) все границы с соседними странами были закрыты, а коммерческие полеты — приостановлены на основании указа, в котором исключения предусматривались лишь для грузовых, чартерных и специальных рейсов.³⁹¹ Сьерра-Леоне, которая ранее столкнулась с Эболой, тоже закрыла свои границы и приостановила прием воздушных судов, за исключением тех, которые перевозили грузы первой необходимости.³⁹²

Государства закрывали границы, несмотря на то, что это противоречило временным рекомендациям ММСП ВОЗ (о недопустимости введения ограничений на поездки или торговлю³⁹³). Как отмечается в Отчете о ГРБ, большинство Государств не остановил и³⁹⁴ тот факт, что они ранее взяли на себя обязательства по Глобальному договору о безопасной, упорядоченной и легальной миграции. Этот Глобальный договор закрепляет обязательства по разработке «согласованных подходов к решению проблем миграции в контексте внезапных и медленно развивающихся стихийных бедствий»³⁹⁵ и, следовательно, охватывает ЧСЗ.

По результатам Картирования ЧСЗ неясно, были ли правовые меры, предпринятые для закрытия границ или ограничения поездок, регламентированы законодательством стран до возникновения Пандемии. В некоторых случаях они могли быть основаны на прецеденте или опыте реагирования на предыдущие ЧСЗ. Однако, похоже, что многие законы были приняты экстренно в ответ на очевидную необходимость быстрого предотвращения передвижения инфицированных лиц. Степень, в которой учитывались международные обязательства Государств и более широкие последствия таких запретов и ограничений, не рассматривается в результатах Картирования ЧСЗ, но, вероятно, что для правительств Государств учет таких обязательств и последствий не был вопросом первостепенной важности в тот период.

Закрытие границ и введение ограничений на поездки, равно как и их последствия, такие как уменьшение доступности коммерческих перелетов (по крайней мере, по некоторым маршрутам) привели к необходимости серьезных усилий по репатриации людей. Неясно, учитывали ли Государства, вводившие ограничения, что предпринятые ими меры могли нарушать абсолютные права человека. В частности, в соответствии с



Гондурас, 2021 г. Национальное общество Красного Креста Гондураса оказывает поддержку людям, путешествующим по стране в «караване мигрантов». В пунктах гуманитарной помощи, открытых по пути следования каравана, оказывают основные услуги и выдают такие необходимые вещи, как вода и защитные маски. Здесь также можно получить догоспитальную помощь, а также узнать о мерах безопасности при пандемии COVID-19 и о профилактике данного заболевания. © Йоханнес Шиншилла / МФОККИКП

Международным пактом о гражданских и политических правах (МПГПП), «каждый имеет право свободно покидать любую страну, включая свою собственную»,³⁹⁶ и «никто не может быть произвольно лишен права на въезд в свою собственную страну».³⁹⁷

Первоначально упор делался на возвращение туристов, в том числе на круизных лайнерах. По мере развития Пандемии COVID-19 возникли серьезные трудности с репатриацией экипажей пассажирских и грузовых судов, которые из-за отсутствия работы были вынуждены стоять в море. К июлю 2020 года было подсчитано, что 200 000 моряков находились в море и не могли сойти на берег.³⁹⁸ Сложности с репатриацией трудовых мигрантов также стали очевидными по мере прогрессирования Пандемии COVID-19 и снижения уровня их занятости: например, Шри-Ланка, более миллиона граждан которой до Пандемии COVID-19 работало за рубежом, в какой-то момент столкнулась с необходимостью репатриации более 50 000 человек.³⁹⁹

Проблемы с репатриацией обострились в связи с тем, что закрытие границ действовало в отношении возвращающихся граждан. В большинстве Государств был разрешен въезд гражданам или постоянным жителям. Например, проведенное в Новой Зеландии картирование ЧСЗ показывает, что границы были закрыты для всех, кроме возвращающихся граждан и постоянных резидентов. Однако в нескольких Государствах выборки даже гражданам было прямо (либо де-факто) запрещено возвращаться. Международные границы Австралии были закрыты для всех, кроме граждан и ряда ограниченных категорий лиц. Однако количество граждан, которые могли вернуться, на практике ограничивалось введением ежедневного или еженедельного ограничения на количество прибывающих в международные аэропорты Австралии. Таким образом, для некоторых австралийских граждан препятствием в возвращении домой стала невозможность зарегистрироваться на рейс. Применение ограничений на прибытие привело к подаче ряда жалоб в Австралийскую комиссию по правам человека.⁴⁰⁰

Большинство фактов закрытия границ было связано со въездом. Однако в некоторых случаях границы были также закрыты и для выезда. Картирование ЧСЗ в Таджикистане представляет собой яркий пример того, какие проблемы это может вызвать, потому что многие таджикские рабочие-мигранты не смогли вернуться в Таджикистан из России после того, как Россия закрыла границы на выезд. Также, судя по результатам картирования ЧСЗ, Австралия приняла одни из самых строгих мер в отношении выезда из страны. Эти меры запрещали австралийским гражданам и постоянным резидентам покидать Австралию на любом воздушном или надводном судне,⁴⁰¹ за исключением случаев получения разрешения на основании одного из послаблений. Послабление делалось для лиц, обычно проживающих в другой стране (хотя люди из этой категории сталкивались с трудностями при

поиске рейсов, учитывая ограничение на прилет в международные аэропорты Австралии). В некоторых странах выборки не было общих исключений, но иностранный гражданин мог подать заявление о разрешении на выезд, например, в Монголии следовало обратиться в Специальную государственную комиссию.⁴⁰² Результаты картирования ЧСЗ для Монголии ничего не говорят о том, были ли удовлетворены такие запросы и могли ли быть установлены дополнительные условия. В целом, ограничения на выезд нарушают закрепленное в МПГПП право свободно покинуть любую страну (включая свою собственную) и, следовательно, поднимают вопрос о том, необходимы ли такие ограничения и соразмерны ли они угрозе общественному здоровью.

В ряде случаев результаты картирования ЧСЗ показывают, что правительства помогали иностранным гражданам в репатриации, если они выражали такое желание. Как правило, это делалось двумя способами: (1) как обсуждалось выше, любые запреты на выезд должны были содержать соответствующие послабления; и (2) оказывалась помощь в репатриации «застрявших» в стране иностранных граждан. Примеры существенной помощи в возвращении мигрантов встречаются чаще, хотя это, как правило, делается в соответствии с политикой, а не законодательством. Например, правительства ОАЭ и Шри-Ланки облегчили вылет для иностранных рабочих, желающих вернуться домой⁴⁰³, а Международная организация по миграции (МОМ) помогла в возвращении таджикских мигрантов, застрявших на границах Казахстана и Узбекистана.⁴⁰⁴



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Внутреннее законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны учитывать:
 - a. потенциальную необходимость для Страны закрыть свои границы или ввести ограничения на поездки в ответ на распространение болезни в международном масштабе;
 - b. потенциальное влияние ЧСЗ на мобильность и потребности людей, у которых возникло желание или необходимость совершить поездку за границу или внутри страны в результате ЧСЗ (прямым или косвенным образом);
 - c. потенциальную потребность в репатриации мигрантов после ЧСЗ и процесс содействия репатриации.
2. Законы должны четко определять критерии для закрытия границ и/или введения ограничений, а также то, как такое закрытие или ограничения будут осуществляться на практике. Любые такие критерии должны соответствовать международным обязательствам Страны по ММСП и МПГПП, включая право каждого человека покинуть любую страну (включая свою собственную) и не подвергаться необоснованным ограничениям права на въезд в свою страну.

6.3 / БЕЖЕНЦЫ И ПРОСИТЕЛИ УБЕЖИЩА

В начале Пандемии COVID-19 Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН) распространило ключевые послания по вопросу защиты, предназначенные для снижения уязвимости просителей убежища, беженцев и внутренне перемещенных лиц, которая, как предполагалось, могла возрасти во время Пандемии.⁴⁰⁵ Эти послания были сформулированы следующим образом:

1. Страны могут и должны обеспечивать доступ к убежищу, одновременно оберегая здоровье населения;
2. Даже в случаях, когда Страна закрыла свои границы, прием просителей убежища и обработка ходатайств о предоставлении убежища должны продолжаться, а приоритетное внимание должно уделяться наиболее уязвимым лицам;
3. Ограничения свободы передвижения не должны носить произвольный или дискриминационный характер;
4. Ограничения прав не должны сохраняться дольше, чем это необходимо;
5. Мероприятия в сфере общественного здравоохранения и другие ответные меры должны учитывать особые риски, затрагивающие беженцев, внутренне перемещенных лиц и другие маргинализированные группы.

Картирование ЧСЗ конкретно указывает на проблемы, с которыми сталкиваются беженцы и просители убежища во время Пандемии COVID-19. Выявлены два основных вопроса: (1) привело ли закрытие границ и ограничение на поездки к невозможности въезда и/или принудительному возвращению беженцев и просителей убежища; и (2) обрабатываются ли еще заявления о предоставлении убежища.

По оценкам УВКБ ООН, в начале Пандемии COVID-19 из 123 стран, которые полностью или частично закрыли свои границы, 30 стран не сделали исключений для просителей убежища.⁴⁰⁶ Картирование ЧСЗ позволяет лучше понять эту проблему. В Австралии строгие меры по закрытию границ применялись в равной мере к просителям убежища и держателям виз для беженцев и гуманитарных виз, которые не въезжали в Австралию (хотя комиссар Австралийских пограничных войск мог на свое усмотрение предоставить послабления).⁴⁰⁷ В других Странах выборки, которые закрыли границы, не было послаблений специально для просителей убежища, но в некоторых из них были более общие послабления или исключения, разрешающие въезд по «гуманитарным соображениям» (например, Бразилия, Колумбия и Китай). Возможно, они могли относиться и к просителям убежища. В Испании были исключения для «лиц, которые могут доказать наличие форс-мажорных обстоятельств или крайней необходимости, либо чей въезд разрешен по гуманитарным соображениям». Считается, что последнее исключение существовало для размещения просителей убежища.⁴⁰⁸ Другой важный вопрос (хотя он и не упоминается специально при картировании ЧСЗ) заключается в том, могли ли такие ограничения и закрытие границ быть равносильны принудительному возвращению/депортации.⁴⁰⁹ УВКБ ООН расценивает как риск ситуацию, когда Страны останавливают просителей убежища на своих границах и отправляют их назад.⁴¹⁰

Согласно полученной информации, еще одним важным моментом является задержка в рассмотрении заявлений просителей убежища. Например, в Республике Корея, несмотря на то, что процедуры предоставления убежища не были приостановлены, поступали сообщения о задержках в процессе определения статуса беженца (включая отмену собеседований по вопросу предоставления убежища и перенос судебных слушаний).⁴¹¹ Во многих случаях такие задержки могли быть связаны с трудностями при реорганизации административных задач в период Пандемии. Однако последствия задержек могут быть ощутимыми, если, например, просители убежища не могут подать заявление о приеме на работу, пока их статус не будет подтвержден или они не получат государственную поддержку (к примеру, в рамках национальной программы выплат при бедствиях,⁴¹² либо в случае, если задержка препятствует воссоединению семьи).



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы, регулирующие закрытие границ или ограничения на поездки в случае трансграничного распространения болезни (или в ответ на другие риски для здоровья населения), должны:
 - a. соответствовать международно-правовым обязательствам Стран в отношении беженцев и просителей убежища, включая обязанность не выдворять их;
 - b. содержать исключения (при соблюдении соответствующих мер безопасности) по гуманитарным соображениям для беженцев, просителей убежища и других лиц, спасающихся от угрозы непоправимого ущерба.
2. Страны должны предоставлять убежище во время ЧСЗ. Законы и/или политики должны предусматривать чрезвычайные меры, гарантирующие продолжение приема просителей убежища и обработку ходатайств о предоставлении убежища, с приоритетом для наиболее уязвимых лиц.

7 / УБЕЖИЩА И ЖИЛЬЕ

7.1 / ВСТУПЛЕНИЕ

Отчет о ГРБ определяет следующие основные проблемы, связанные с обеспечением людей временными убежищами и жильем во время бедствий: (1) неравный доступ к убежищам во время ЧС; (2) нехватка территории и зданий для создания экстренных укрытий и временного жилья; и (3) нарушение работы системы образования в силу использования школ в качестве эвакуационных центров или убежищ после бедствий.⁴¹³ ЧСЗ предполагают совершенно иные потребности во временных убежищах и жилье в основном из-за того, что они менее разрушительны в физическом плане. Как продемонстрировала Пандемия COVID-19, во время ЧСЗ есть две основные проблемы. Во-первых, бездомные люди могут подвергаться особому риску, например, потому что они (а) могут находиться в условиях скученности, где болезнь распространяется быстрее, или (б) не имеют доступа к средствам гигиены, лечению или поддержке. Во-вторых, вторичное воздействие ЧСЗ на экономическую активность и источники дохода может увеличить количество людей, которым грозит потеря жилья. При этом, проблемы, указанные в Отчете о ГРБ, также могут возникнуть в случае, если другое бедствие произойдет одновременно с ЧСЗ, что действительно имело место во время Пандемии COVID-19.

7.2 / БЕЗДОМНОСТЬ И БЕЗДОМНЫЕ

Хотя картирование ЧСЗ в некоторых странах, включая Китай, Либерию и Шри-Ланку, показало отсутствие необходимости предпринимать какие-либо действия в отношении бездомных во время Пандемии COVID-19, большинство Государств все же ввели меры по обеспечению бездомных жильем и/или улучшению санитарных условий. Принятые меры делятся на две широкие категории: (1) законодательные меры или новые программы или инициативы, обеспечивающие усиленную поддержку бездомных; (2) неофициальная работа по улучшению санитарных условий для бездомных.

В целом, использование законодательства или других правовых инструментов представляется относительно редким явлением, хотя о некоторых таких случаях и сообщалось. В Монголии правительство несет обязательства по обеспечению бездомных и живущих в крайней бедности людей кровом, пищей и чистой питьевой водой, а также по организации мероприятий в целях предотвращения распространения инфекции.⁴¹⁴ Подобные законы также встречаются на уровне штатов в федеральных юрисдикциях: например, в бразильском штате Сан-Паулу законодательство разрешает бездомным занимать номера в отелях.⁴¹⁵

Предоставление жилья бездомным во время Пандемии COVID-19 — относительно обычное явление, но для этого большинство Государств выборки либо внедряли новые инициативы или программы, либо опирались на существующие, но не принимали законы. Испанские региональные органы власти (автономные сообщества) создали приюты для бездомных при поддержке местных благотворительных фондов и организаций, таких как испанский Красный Крест и Агентство помощи «Каритас».⁴¹⁶ В Южной Африке местному Агентству социального обеспечения было поручено найти временные приюты для бездомных, соответствующие необходимым гигиеническим стандартам. Примером такой работы до Пандемии COVID-19 является Сьерра-Леоне, где власти предлагали гражданам государственное жилье, чтобы снизить риск заражения лихорадкой Ласса.⁴¹⁷

Другие Государства, судя по всему, объединили необходимость предоставления жилья (отчасти для обеспечения самоизоляции или эффективного социального дистанцирования) с более долгосрочными планами по сокращению бездомности. В Новой Зеландии правительство предоставило бездомным мотели и другие жилые дома в соответствии со своим Планом действий по борьбе с бездомностью от 2020 года.⁴¹⁸ В австралийском штате Виктория правительство штата обеспечило проживание в отелях более 2000 бездомных.⁴¹⁹ Этот пакет мер был расширен, чтобы позволить бездомным со временем получить долгосрочное жилье.⁴²⁰

Чаще всего поддержка, оказываемая бездомным Государствами выборки, заключалась в предоставлении целевых консультаций и доступа к санитарным условиям. Правительство Гондураса учредило социальную программу под названием «Operación Honduras Solidaria» (Операция по укреплению солидарности в Гондурасе) для раздачи продовольственных пайков, а также антибактериальных гелей и масок слоям населения, уязвимым в период COVID-19.⁴²¹ Специальное медицинское подразделение министерства обороны Испании ежедневно предоставляло бездомным специальные гигиенические наборы и продовольственные пайки, а также

медицинские услуги и общую информацию.⁴²² В Республике Корея правительство сотрудничало с НКО в целях выявления проблем при поддержке бездомных и жителей неформальных поселений. В эту работу также включились добровольцы из местных сообществ, оказывающие дополнительную поддержку там, где потенциала местных органов власти было недостаточно.⁴²³

Наконец, даже при отсутствии зарегистрированных официальных программ, в некоторых результатах картирования ЧСЗ отмечается, что правительства поощряют бездомных и жителей неформальных поселений поддерживать надлежащие санитарные меры. Например, в Либерии были созданы условия для мытья рук в общественных местах, а правительство Либерии обновило существующую инициативу WASH («Водоснабжение, доступ, санитария и здоровье»)⁴²⁴, включив в нее послания о COVID-19.⁴²⁵

Как и многие другие меры, принятые для смягчения воздействия COVID-19, внимания заслуживает ряд инициатив по поддержке бездомных, реализованных в относительно короткие сроки. Однако большинство мер носили ответный характер, даже если они основывались на уже существующих инициативах. Поскольку потенциальное воздействие ЧСЗ на бездомных теперь известно, оно должно учитываться в законах, политиках и планах, касающихся ЧСЗ. Это должно гарантировать, что во время будущих ЧСЗ Государства будут готовы применить уроки Пандемии COVID-19 и предпринять действия, необходимые для защиты и поддержки этой группы населения. Как показано выше, эти меры не обязательно должны закрепляться законодательно, но, тем не менее, они должны учитываться в других инструментах, особенно в планах на случай непредвиденных обстоятельств.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Потребности бездомных людей должны быть признаны и предусмотрены в национальных программах по управлению рисками ЧСЗ, включая законы, политики и планы.
2. Планы на случай непредвиденных обстоятельств в сфере общественного здравоохранения должны включать основные действия по защите бездомных в случае ЧСЗ, в том числе предоставление жилья, медицинского обслуживания, санитарных условий и информации.

7.3 / ПОТЕРЯ ЖИЛЬЯ

Большинство Государств выборки с самого начала осознавали, что экономическое воздействие Пандемии COVID-19 может привести к тому, что люди потеряют не только источники дохода, но, возможно, и жилье. Ряд Государств выборки приняли меры для решения жилищной проблемы, включая в первую очередь: (1) неспособность арендаторов и домовладельцев оплачивать аренду или вносить платежи по ипотеке; (2) необходимость защиты домохозяйств от выселения или потери права выкупа, если из-за Пандемии COVID-19 они не могли оплачивать аренду или ипотеку. Кроме того, в ряде Государств выборки, жилищная политика использовалась как способ обеспечения дополнительной защиты тем, кто подвергался риску домашнего насилия. Более подробно этот вопрос рассматривается в разделе 8.6.

Определенная форма моратория или отсрочки выселения была законодательно введена в Австралии, Колумбии, Новой Зеландии, Испании, Великобритании, Флориде и Нью-Йорке. Более распространенной (хотя и отнюдь не универсальной) мерой стала финансовая поддержка домохозяйств и арендаторов. Испания стала типичным примером предоставления пакетов мер поддержки, включая приостановку арендных платежей, автоматическое продление срока аренды и микрокредиты для поддержки арендаторов, неспособных вносить арендную плату.⁴²⁶ Аналогичные меры были приняты в Колумбии, где был выпущен специальный указ⁴²⁷ о продлении договоров аренды и требованиях к домовладельцам и арендаторам о достижении договоренности по арендным платежам. Во время картирования ЧСЗ правительство Шри-Ланки изучало вопрос о введении моратория на погашение ссуд и аренды⁴²⁸, а в Гондурасе сбор подобных платежей был заморожен.⁴²⁹ Ряд Государств также учредили фонды для оказания помощи на покрытие жилищных расходов, или это делалось в рамках более широких пакетов поддержки, например, по Программе солидарности в соответствии с Указом 518 правительства Колумбии от 4 апреля 2020 года.⁴³⁰



Южная Африка, 2020 г. В рамках борьбы с COVID-19 деятельность Национального общества Красного Креста Южной Африки в Блумфонтейне, Свободном штате, включает различные инициативы, например организацию мобильных кухонь, предоставление социальных грантов, проведение скрининга, тестирование и отслеживание контактов. Представительство Национального общества Красного Креста Южной Африки из Блумфонтейна организовало в здании Rocklands Hall в Риклендсе приют для бездомных с трехразовым питанием. © МФОККиКП / Мозлеци Мабе

В отличие от оказания помощи бездомным, все эти меры требовали наличия законодательной базы. Тем не менее, большинство мер, по-видимому, были ответными, поскольку действующей законодательной базы, позволяющей правительствам предпринимать такие действия, было недостаточно или ее не было вообще. В результате ситуации с COVID-19 таких законов станет больше, но результаты картирования ЧСЗ предполагают, что большая часть законодательных мер будет связана именно с COVID-19 и, следовательно, не будет автоматически применяться во время будущих ЧСЗ. Опять же, учитывая, что аналогичная поддержка может потребоваться и в будущих ЧСЗ, для Государств было бы разумно обеспечить постоянные полномочия для принятия таких мер, а также удостовериться в том, что меры требуемого типа включены в законы, политики и/или планы на случай ЧСЗ.

Также, Государствам выборки важно признать различия во владении землей и жильем. Как указывается в ряде случаев картирования ЧСЗ,⁴³¹ неофициальный характер или отсутствие регулирования владения недвижимым имуществом в некоторых странах может стать препятствием для принятия более позитивных мер. В Отчете о ГРБ рекомендуется, чтобы закон и/или политика предусматривали экстренное (т.е. временное) предоставление жилья для лиц, пострадавших от бедствий, на основе конкретной необходимости, а не на основании статуса владения недвижимостью до бедствия.⁴³² Этот принцип должен применяться в отношении других видов жилищной помощи, предоставляемой во время ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Государствам следует рассмотреть вопрос о введении или изменении действующих законов, политик и планов для определения финансовой и другой поддержки, которая должна быть предоставлена тем, кто рискует потерять жилье во время ЧСЗ.
2. Законы, политики и/или планы должны обеспечивать предоставление жилья и жилищной поддержки во время ЧСЗ в силу потребности, а не статуса владения.

8 / ЗАЩИТА УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

8.1 / УЯЗВИМОСТЬ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В этой главе основное внимание уделяется защите определенных групп, которые могут быть особенно уязвимы к воздействию (включая вторичное) ЧСЗ. МФОКК и КП определяет уязвимость как «ограниченную способность человека или группы людей предвидеть и минимизировать воздействие стихийных бедствий или антропогенных угроз, а также противостоять ему и восстанавливаться после него».⁴³³ Концепция уязвимости является относительной и обладает определенной динамикой. Несмотря на то, что уязвимость часто ассоциируется с бедностью, она также может возникать когда «люди изолированы и беззащитны перед лицом риска, шока или стресса» или у них наблюдается «нехватка возможностей или ресурсов для борьбы с бедствием». Физические, экономические, социальные и политические факторы, включая расизм, дискриминацию и другие формы отчуждения, являются важными детерминантами уровня уязвимости людей и их способности противостоять угрозам, справляться с ними и восстанавливаться после них.⁴³⁴

Отчет о ГРБ⁴³⁵ определяет восемь групп людей, которые, в зависимости от конкретных обстоятельств, могут быть особенно уязвимыми к воздействию бедствий: женщины и девочки; дети, особенно оставшиеся без сопровождения и разлученные с родными; пожилые люди; люди с ограниченными возможностями; мигранты; группы коренного населения; расовые и этнические меньшинства; сексуальные и гендерные меньшинства. В нем также подчеркивается, что некоторые другие группы (такие как религиозные и политические меньшинства и маргинализированные классы или касты) могут непропорционально сильно пострадать от бедствий в зависимости от местного контекста. Отчет о ГРБ предполагает, что существует по крайней мере четыре основных фактора, из-за которых уязвимые группы могут испытывать непропорциональные последствия бедствий: (1) прямая и косвенная дискриминация в рамках деятельности по обеспечению готовности и реагированию на бедствия, вызванная ранее существовавшей социальной маргинализацией; (2) уязвимость в жилищном вопросе и в сфере источников дохода в силу ранее существовавшей экономической маргинализации; (3) физические, интеллектуальные, психосоциальные и сенсорные нарушения, которые затрудняют спасение или поиск укрытий от физических угроз во время бедствия; и (4) подверженность повышенному риску насилия, эксплуатации или иного злонамеренного поведения во время бедствий.⁴³⁶

Группы, указанные в Отчете о ГРБ, потенциально так же уязвимы во время ЧСЗ, как и при других типах бедствий. Как проиллюстрировала Пандемия COVID-19, передача нового заболевания и серьезные нарушения здоровья из-за него могут иметь намного больший масштаб среди уязвимых групп, таких как расовые и этнические меньшинства, сообщества коренных народов, мигранты и люди с низким социально-экономическим статусом, как результат повышенного воздействия ЧС, ограниченного доступа к (соответствующим и адаптированным) мерам защиты общественного здоровья и/или существовавшего ранее неравенства в сфере здравоохранения.

Однако ЧСЗ могут также создавать дополнительные категории уязвимых лиц. Совершенно очевидно, что те, кто особенно восприимчив к конкретному заболеванию (или другому риску для здоровья), вызывающему ЧСЗ, будут наиболее уязвимы. ЧСЗ, в силу своей природы, также подвергают гораздо большему риску тех, кто оказывает медицинскую и социальную помощь. Хотя школьники, как правило, не подвергались серьезному риску для здоровья из-за COVID-19, Пандемия демонстрирует, что ЧСЗ, тем не менее, может оказать на эту группу серьезное влияние, если школы будут физически закрыты. Наконец, ЧСЗ может оказывать влияние на мигрантов и маргинализированные по расовому и этническому признаку группы, которые могут столкнуться с трудностями при получении доступа к медицинскому обслуживанию и поддержке.

Все эти и многие другие группы будут по очереди рассмотрены в этой главе. Как указывается в Отчете о ГРБ,⁴³⁷ существует ряд общих принципов и рекомендаций, применимых к защите уязвимых групп. Эти принципы в равной степени применимы и к ЧСЗ. Кроме того, они в равной степени применимы как к восьми уязвимым группам, указанным в Отчете о ГРБ, так и к дополнительным группам, описанным в этой главе. Ряд принципов уже описывался в контексте ключевых элементов структуры управления рисками ЧСЗ (Глава 4), и поэтому ниже следующие рекомендации в некоторой степени совпадают с ними.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. **Внутреннее законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:**
 - a. быть достаточно комплексными и гибкими, чтобы защищать и удовлетворять потребности всех, кто пострадал вследствие ЧСЗ;
 - b. на всех этапах управления рисками ЧСЗ обеспечивать участие и представленность:
 - i. групп, которые могут быть особенно уязвимы к воздействию ЧСЗ;
 - ii. (агентств или организаций (например, агентств социальной поддержки, национальных обществ КК и КП), роль которых включает поддержку или защиту таких групп;
 - c. исключить дискриминацию (прямую и косвенную) во всех элементах управления рисками ЧСЗ;
 - d. учитывать и, при необходимости, внедрять существующие принципы, руководящие указания, стандарты и инструменты, разработанные международным гуманитарным сообществом для защиты и обеспечения инклюзивности в отношении уязвимых групп.
2. Планы на случай непредвиденных обстоятельств в сфере общественного здравоохранения должны учитывать особые и дополнительные потребности уязвимых групп, возникшие во время ЧСЗ.
3. Мероприятия по обеспечению готовности к ЧСЗ и реагированию на них должны быть в равной степени доступны для уязвимых групп и, при необходимости, адаптированы для удовлетворения их особых и дополнительных потребностей.

Отчет о ГРБ также содержит конкретные и подробные рекомендации в отношении каждой из выявленных уязвимых групп. Учитывая их объем и сложность, не все эти рекомендации приведены в данном отчете, но они в равной степени применимы там, где определенные группы затронуты ЧСЗ. Там, где это необходимо, эти рекомендации приводятся в данной главе.

8.2 / ЛЮДИ, ПОДВЕРЖЕННЫЕ РИСКУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Во время любой ЧСЗ наиболее уязвимыми, конечно, являются люди, которые в особой степени подвержены заболеванию (или другим рискам для здоровья). Хотя пожилые люди и люди с сопутствующими заболеваниями особенно восприимчивы к COVID-19, разные болезни могут и будут инфицировать или затрагивать разные группы. Например, во время Пандемии гриппа 1918 года особому риску подвергались молодые люди, в то время как во время вспышек вируса Зика в группе повышенного риска находились беременные женщины и их будущие дети. Другие заболевания, такие как болезнь, вызванная вирусом Эбола, менее избирательны по своему воздействию. УПП является примером неизбирательной опасности для здоровья, которая может затронуть все население, а не отдельные группы. Поэтому важно, чтобы структура управления рисками ЧСЗ была достаточно гибкой, чтобы учитывать тот факт, что различные группы могут быть особенно восприимчивыми к соответствующему риску в сфере общественного здравоохранения в зависимости от типа ЧСЗ. (Хотя, как обсуждалось выше, вполне предсказуемо, что определенные «известные» уязвимые группы будут, как правил подвергаться непропорционально сильному воздействию).

Картирование ЧСЗ предоставляет информацию о законах и политике, принимаемых правительствами для защиты людей, особенно восприимчивых к COVID-19.⁴³⁸ Картирование ЧСЗ показывает, что большинство Государств выборки признали необходимость обеспечения особой защиты тем, кто наиболее подвержен риску заражения или заболевания, хотя было применено много различных подходов. Оно также показывает, что меры, принятые для защиты наиболее уязвимых групп, должны учитывать тонкую грань между (1) обеспечением максимальной защиты таких групп и (2) возможностью нарушения их основных прав. Добровольная или обязательная изоляция тех, кто подвергается риску во время Пандемии COVID-19 — это тот случай, когда необходимость такого баланса наиболее очевидна. Штат Нью-Йорк ввел в действие «Закон Матильды», согласно которому лица в возрасте 70 лет и старше, а также лица с ослабленной иммунной системой или другими серьезными заболеваниями должны оставаться дома. Хотя такие меры, очевидно, принимаются в целях защиты здоровья уязвимых групп, они также поднимают вопросы о праве на свободу передвижения, общения и семейной жизни тех, на кого они распространяются.

В других Государствах выборки применялся менее директивный подход к защите уязвимых групп во время Пандемии COVID-19. Иногда это достигалось с помощью законов, но чаще путем введения политики, предусматривающей расширенную поддержку, например, доставку лекарств на дом пожилым или одиноким людям, а также людям с хроническими заболеваниями.⁴³⁹ В Бразилии были приняты меры, позволяющие государственным служащим, находящимся в группе риска, работать из дома. Были приняты постановления⁴⁴⁰ для защиты коренного населения Бразилии, которое является особенно уязвимой группой из-за таких факторов, как образ жизни, отсутствие доступа к эффективным системам мониторинга и раннего предупреждения, а также нехватка медицинских и социальных услуг. Эти постановления предусматривали более строгие ограничения на доступ посетителей в районы проживания коренных народов, создание временных больниц рядом с местами проживания сообществ коренных народов, ускоренный доступ к тестированию на COVID-19 и безвозмездную передачу средств гигиены.⁴⁴¹



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы, политики и планы, относящиеся к ЧСЗ, должны быть достаточно гибкими, чтобы учитывать тот факт, что различные группы могут быть особенно восприимчивыми к соответствующему риску в сфере общественного здравоохранения в зависимости от типа ЧСЗ.
2. Законы, политики и практические меры, предназначенные для защиты тех, кто подвергается наибольшему риску, от прямого воздействия ЧСЗ, должны:
 - a. учитывать права лиц, затронутых ЧСЗ, и соответствовать им;
 - b. отражать обстоятельства, в которых находятся конкретные защищаемые группы;
 - c. (иметь ограничения по срокам в тех случаях, когда они нарушают основные права, а также быть соразмерными угрозе общественному здоровью.

8.3 / ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ И ЛЮДИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ИЛИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Две группы, определенные в Отчете о ГРБ⁴⁴² как особо уязвимые в случае ЧСЗ, — это пожилые люди и люди с ограниченными возможностями или сопутствующими заболеваниями.⁴⁴³ Хотя каждая из этих групп имеет определенные характеристики и потребности, они рассматриваются вместе, поскольку многие проблемы, выявленные в связи с ЧСЗ, являются общими для обеих групп. В случае бедствий, не связанных с ЧСЗ, пожилые люди или люди с ограниченными возможностями или сопутствующими заболеваниями могут оказаться более уязвимыми, если их потребности не учитывались при планировании и реагировании на бедствия. Факторы, непосредственно связанные с их возрастом, ограниченными возможностями или заболеваниями, также могут подвергать их более значительному риску во время бедствия. Эти факторы включают ограничения физической мобильности, снижение сенсорной чувствительности, особые потребности в питании, социальную изоляцию и экономические ограничения.⁴⁴⁴

Кроме того, в случае ЧСЗ, вызванных инфекционными или другими заболеваниями, эти группы могут иметь повышенную уязвимость, поскольку возраст, ограниченные возможности или сопутствующие заболевания могут сделать людей более восприимчивыми к болезни, вызвавшей ЧСЗ. Некоторые из мер, принимаемых для защиты людей от ЧСЗ, такие как изоляция или принудительное пребывание дома, также могут непропорционально затронуть пожилых людей, людей с ограниченными возможностями или сопутствующими заболеваниями. Как было замечено во время Пандемии COVID-19, эти группы, даже если они не затронуты самой болезнью, могут особенно пострадать из-за невозможности доступа к своим привычным медицинским или социальным услугам.

Картирование ЧСЗ предоставляет некоторую информацию о влиянии ЧСЗ (хотя в большинстве случаев — только для COVID-19) на пожилых людей и людей с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем. Эти данные показывают, что во время Пандемии COVID-19, как правило, не требовалось принимать новые законы.

Вместо этого правительства внедряют пакеты поддержки или помощи различных типов и уровней. В Бразилии, например, федеральное правительство оказало финансовую помощь домам престарелых, домам отдыха и другим учреждениям, занимающимся уходом за пожилыми людьми.⁴⁴⁵ В Испании был создан резервный фонд в размере 300 000 000 евро для обеспечения ухода, поддержки, безопасности и питания, особенно пожилым людям и лицам с ограниченными возможностями.⁴⁴⁶ В Колумбии люди с ограниченными возможностями пользуются особой конституционной защитой⁴⁴⁷, гарантирующей доступ к медицинскому обслуживанию. На основе полученной информации были опубликованы «Рекомендации по профилактике заражения COVID-19 и оказанию медицинской помощи людям с ограниченными возможностями и их семьям, лицам, обеспечивающим уход за людьми с ограниченными возможностями, и работникам сектора здравоохранения».⁴⁴⁸ В Сьерра-Леоне по инициативе Национальной комиссии по социальным мероприятиям в окружных центрах была организована раздача небольших сумм денег, пакетов с рисом и необходимых принадлежностей людям с ограниченными возможностями, и в настоящее время работа с такими людьми продолжается. Согласно полученной информации, наиболее обширные пакеты мер были внедрены в Австралии,⁴⁴⁹ хотя, судя по всему, они не зависели от законодательства.

Однако, согласно данным картирования ЧСЗ, в некоторых случаях меры реагирования оказались не столь позитивными. Иногда результаты картирования ЧСЗ вызывают озабоченность по поводу недостатков системы ухода за пожилыми людьми и людьми с ограниченными возможностями (не только в связи с COVID-19, но и во время предыдущих ЧСЗ). В частности, были выявлены препятствия для доступа к информации, медицинскому обслуживанию и тестированию во время Пандемии COVID-19. Власти ОАЭ стремились смягчить эти проблемы, организовав мобильные лаборатории для тестирования и внедрив программу, в рамках которой врачи посещают людей с хроническими заболеваниями на дому. Кроме того, они инициировали национальную кампанию по повышению осведомленности посредством видеороликов с сурдопереводами и материалов для слепых, напечатанных шрифтом Брайля на арабском и английском языках.⁴⁵⁰ Однако в некоторых других Государствах люди с ограниченными возможностями, согласно имеющимся данным, являются особо изолированной группой, а в Либерии и вовсе испытывают проблемы с продовольственной безопасностью в результате COVID-19.⁴⁵¹ Наконец, еще одна проблема, выявленная в ряде Государств, — это лечение пожилых людей в домах престарелых и их ограниченный доступ к медицинским услугам или, в одном из случаев, невозможность попасть в больницу.

Как отмечается в Отчете о ГРБ,⁴⁵² ожидаемые гуманитарные стандарты для лечения пожилых людей и людей с ограниченными возможностями во время бедствий изложены в документе «Стандарты включения пожилых людей и людей с ограниченными возможностями в гуманитарную деятельность».⁴⁵³ В соответствующих случаях эти стандарты должны в равной степени применяться и к ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Внутреннее законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. предусматривать особые потребности пожилых людей и людей с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем в случае ЧСЗ, независимо от того, подвергаются ли эти люди:
 - i. прямому риску от соответствующей инфекции или заболевания, вызвавшего ЧСЗ;
 - ii. косвенному риску от вторичного воздействия ЧСЗ;
 - b. обеспечить участие и представленность пожилых людей и людей с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем на всех этапах управления рисками ЧСЗ;
 - c. обеспечить доступность информации и поддержки, предоставляемых во время реагирования на ЧСЗ, для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями;
 - d. обеспечить непрерывность оказания медицинской и социальной помощи пожилым людям и людям с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем во время ЧСЗ;
 - e. учитывать соответствующие существующие международные стандарты и руководящие принципы, такие как «Стандарты включения пожилых людей и людей с ограниченными возможностями в гуманитарную деятельность» и «Хартия о включении лиц с ограниченными возможностями в гуманитарную деятельность».

8.4 / ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАСШИРЕННОГО ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

Как показала Пандемия COVID-19, ЧСЗ может значительно сократить возможность широких слоев населения получать медицинскую помощь, не связанную с инфекцией или заболеванием, лежащим в основе ЧСЗ. Хотя это непропорционально сильно сказывается на пожилых людях и людях с ограниченными возможностями или проблемами со здоровьем, данное ограничение может быть проблемой для всех, кто нуждается в медицинской помощи. Одним из примеров являются сведения о приостановке программ борьбы с малярией во время Пандемии COVID-19.⁴⁵⁴ Несколько удивительно, что в отчете о Картировании ЧСЗ говорится, что во время Пандемии COVID-19 не было серьезных проблем с доступом к общей медицинской помощи. Это может быть связано с тем, что картирование было сосредоточено на действующих законах, которые, возможно, и не содержали ограничений на доступ к медицинскому обслуживанию. Однако во время Пандемии COVID-19 было множество сообщений о проблемах с доступом к медицинскому обслуживанию в результате изменения приоритетов или переориентации медицинских услуг на борьбу с COVID-19, опасений по поводу заражения COVID-19 в медицинских учреждениях и локдаунов.

Возможно, дело не в наличии ограничивающих законов, а в отсутствии законов, защищающих право на здоровье. Фактически, право на здоровье упоминается в нескольких отчетах о Картировании ЧСЗ. Оно рассматривается в отношении лечения инфекции или заболевания, лежащего в основе ЧСЗ, но также имеет гораздо более широкое применение. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах признает «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» и включает требование к Государствам предпринимать шаги, необходимые для предотвращения, лечения и контроля эпидемических, эндемических, профессиональных и других заболеваний, а также обеспечения всех необходимых медицинских услуг и медицинской помощи в случае болезни.⁴⁵⁵ Устав ВОЗ гласит, что «Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения». Из результатов Картирования ЧСЗ неясна степень, в которой это право признается во внутреннем законодательстве и в системах управления рисками во время ЧСЗ, однако это важный фактор, который Государства должны учитывать при управлении такими рисками.

Неофициальные препятствия для доступа к медицинской помощи указаны в результатах картирования ЧСЗ, но они рассматриваются в разделе 8.8 ниже, поскольку в первую очередь относятся к группам меньшинств. Однако были выявлены и препятствия более общего характера. Растущие масштабы использования новых технологий и социальных сетей для предоставления широкой общественности информации о здоровье потенциально ставят в затруднительное положение тех, кто не имеет доступа к соответствующим устройствам или не знаком с их использованием. Еще одно неформальное препятствие — подозрительное отношение к медицинским работникам. Например, Картирование ЧСЗ в Демократической Республике Конго показало, что желанию людей сотрудничать с органами здравоохранения препятствовал опыт, полученный во время вспышки вируса Эбола в 2018 году.⁴⁵⁶



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Национальное законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. обеспечивать непрерывность оказания общих медицинских услуг во время ЧСЗ, чтобы население могло получать лечение при состояниях здоровья или заболеваниях, не связанных с ЧСЗ;
 - b. учитывать важность доступа к медицинской помощи и права на здоровье;
 - c. принимать меры по минимизации неформальных препятствий для доступа к медицинской помощи.

8.5 / ЛЮДИ, ПОДВЕРЖЕННЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИМ И ФИНАНСОВЫМ РИСКАМ

В Отчете о ГРБ признается, что существовавшая до ЧСЗ экономическая маргинализация может повысить уязвимость к бедствиям: уязвимость в жилищном плане и в сфере источников доходов могут подвергнуть людей более серьезному воздействию (например, смерть, болезни, финансовые потери).⁴⁵⁷ Во время ЧСЗ существуют дополнительные факторы: например, заражаемость может быть выше среди людей с низким социально-экономическим статусом, бедность может стать препятствием для доступа к медицинскому обслуживанию (особенно в Государствах, системы здравоохранения которых в основном находятся в ведении частных поставщиков услуг), либо меры, принятые для борьбы с ЧСЗ, могут непропорционально сильно повлиять на людей с низкими или нулевыми доходами. Картирование ЧСЗ в Гондурасе проиллюстрировало, как отсутствие холодильников у домохозяйств с низкими доходами и, соответственно, невозможность хранить продукты питания означает, что такие домохозяйства непропорционально сильно страдают от комендантского часа и изоляции. Если люди из таких домохозяйств не могут выйти из дома, они не могут получить свежие продукты и, скорее всего, у них закончится еда.⁴⁵⁸

Пандемия COVID-19 показала, что у ЧСЗ есть потенциал для экономического воздействия, выходящего за рамки того, что предусмотрено в Отчете о ГРБ. Одной из наиболее важных особенностей Пандемии были финансовые последствия мер, принятых для минимизации прямого воздействия болезни. Локдауны, комендантский час, ограничения на часы работы и ограничения на поездки оказали серьезное экономическое воздействие на предприятия и рабочих. В апреле 2020 года Международная организация труда прогнозировала, что в глобальном масштабе Пандемия COVID-19 может вызвать эффект, эквивалентный потере 195 миллионов рабочих мест.⁴⁵⁹ По оценкам этой организации, от карантина пострадали почти 2,7 миллиарда работающих людей, причем наиболее сильно он затронул следующие сектора: общественное питание и жилье, розничная и оптовая торговля, деловые услуги, а также административное управление и производство. Особую озабоченность вызвали последствия для 2 миллиардов человек во всем мире, которые работают в теневом секторе экономики.⁴⁶⁰ Эти цифры отражают глобальный характер Пандемии COVID-19, но экономическое воздействие локальных ЧСЗ может стать для затронутых ими сообществ не менее серьезным. Например, по оценке Всемирного банка, из-за вспышки лихорадки Эбола число работающих жителей Либерии сократилось почти вдвое.⁴⁶¹ Согласно сделанной в 2017 году оценке Программы развития Организации Объединенных Наций (**ПРООН**), в странах Карибского бассейна потери доходов от туризма из-за вируса Зика могли составить 10,5 млрд долларов в течение трех лет, причем основное воздействие непропорционально сильно испытали беднейшие страны региона.⁴⁶²

Почти все результаты картирования ЧСЗ показывают, что Государства выборки отреагировали на Пандемию COVID-19 в том числе путем предоставления различных пакетов финансовой поддержки предприятиям и частным лицам. Огромное количество введенных мер означает, что их всесторонний анализ выходит за рамки настоящего отчета (хотя результаты Картирования ЧСЗ предоставляют важные сведения о типах предлагаемой поддержки), тем более что большинство из них не были введены с использованием законодательства или других правовых инструментов.

Согласно имеющимся сведениям, наиболее распространенная форма поддержки предоставлялась компаниям с целью помочь им пережить любой спад активности, связанный с Пандемией COVID-19, и избежать увольнения сотрудников. В ряде Государств выборки были введены схемы предоставления неоплачиваемых отпусков (подробнее они описаны в результатах Картирования ЧСЗ).⁴⁶³ Другие принятые правительствами меры включали отсрочку или освобождение от налоговых платежей. В Южной Африке, например, законопроект об администрировании налоговых льгот при управлении бедствиями предусматривает отсрочку уплаты предварительного налога соответствующими налогоплательщиками и микропредприятиями без каких-либо штрафов или процентов, взимаемых налоговой службой ЮАР в результате сокращения суммы выплат. Более опосредованные меры заключались в том, что правительства работали с банками с целью предоставления новых форм финансирования, зачастую на выгодных условиях, или ослабления условий существующих ссуд или кредитных соглашений. Результаты Картирования ЧСЗ в Либерии показали наличие конкретных мер в отношении масштабного падения объемов денежных переводов от трудовых мигрантов в результате Пандемии COVID-19, а также⁴⁶⁴ воздействия COVID-19 на сельскохозяйственную промышленность и, соответственно, на источники доходов большинства либерийцев.

Как обсуждалось в разделе 7.3 выше, экономическое воздействие COVID-19 сказалось на способности домохозяйств продолжать вносить арендную плату или платежи по ипотеке. В ответ на это некоторые Государства выборки законодательно ввели определенные формы запрета или отсрочки выселения. Кроме того, по данным Всемирного банка, 81 страна законодательно ввела поддержку коммунальных и финансовых обязательств населения, включая освобождение и отсрочки,⁴⁶⁵ а Международная организация труда зафиксировала, что 86 стран приняли меры социальной защиты в жилищной сфере, например, объявив амнистию в отношении счетов за воду и электричество.⁴⁶⁶

В большинстве случаев ситуация с COVID-19 вынуждала разрабатывать эти меры в ускоренном порядке. Естественно, у этих инициатив есть недостатки, но их количество и скорость, с которой они были реализованы, впечатляют. Тем не менее, как уже рекомендовалось в других частях настоящего Отчета, это указывает на необходимость: (1) включения в работу ведомств или организаций, которые могут быть привлечены для оказания экономической или финансовой поддержки в рамках мероприятий по обеспечению готовности к ЧСЗ; и (2) наличия действующих законов и/или политик, которые можно задействовать при возникновении ЧСЗ, вместо того, чтобы разрабатывать их постфактум. Например, в нескольких Государствах выборки⁴⁶⁷ действуют постоянные механизмы для обеспечения работы фондов чрезвычайной помощи, которые по мере необходимости применялись во время Пандемии COVID-19.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Национальное законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:
 - a. предусматривать финансовую поддержку предприятий и домашних хозяйств в случае, если ЧСЗ оказывает значительное экономическое воздействие, при этом первоочередное внимание должно уделяться наиболее уязвимым и экономически маргинализированным группам;
 - b. на всех этапах управления рисками ЧСЗ обеспечить участие и/или представленность ведомств и организаций, чья экономическая и финансовая поддержка может потребоваться во время ЧСЗ.

8.6 / ЗАЩИТА ЛИЦ, ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ НАСИЛИЯ

В большинстве результатов картирования ЧСЗ зафиксирован рост случаев домашнего насилия (включая насилие со стороны полового партнера и насилие в отношении детей) во время Пандемии COVID-19. Эти сведения в значительной степени основаны на сообщениях прессы о росте количества таких случаев, передаваемых в полицию или другие органы, и/или звонках в службы поддержки по вопросам домашнего насилия.⁴⁶⁸ Как отмечено в результатах картирования ЧСЗ в Китае, многие люди не могли избежать насилия или жестокого обращения или найти защиту у своих родных и друзей из-за ограничений свободы передвижения. Кроме того, закрытие школ, вероятно, сделало недоступной одну из основных мер защиты детей от жестокого обращения: когда такое количество детей учатся на дому, учителям крайне сложно или вовсе невозможно отслеживать уровень их благополучия, а также выявлять какие-либо признаки жестокого обращения и сообщать о них. Хотя в результатах картирования содержится очень мало комментариев относительно ситуации во время прошлых ЧСЗ, при картировании ЧСЗ в Сьерра-Леоне было отмечено, что вспышка вируса Эбола оказала значительное негативное влияние на жизнь детей. Тысячи молодых девушек оказались уязвимы из-за крайне тяжелых экономических последствий Пандемии, которые привели к обмену интимных услуг на еду и другие предметы первой необходимости, изнасилованиям и другим формам жестокого обращения в сексуальном плане, а также к резкому росту числа случаев подростковой беременности.

Некоторые Государства выборки приняли конкретные законодательные меры для решения этих проблем. В Колумбии был издан Декрет №460 от 22 марта 2020 года, предусматривающий создание Комиссариатов по делам семьи (Comisarias de Familia) для борьбы с семейным насилием во время чрезвычайного положения.⁴⁶⁹ Мэрам и губернаторам в Колумбии было поручено предоставлять необходимые ресурсы тем, кто обращается за помощью, а также реагировать на случаи домашнего насилия и жестокого обращения с детьми «самым незамедлительным образом».⁴⁷⁰ В Бразилии в ответ на рост насилия в семьях после начала Пандемии COVID-19 был введен в действие Закон 14.222 от 7 июля 2020 года. Он призван гарантировать предоставление государством услуг по

борьбе с домашним насилием и оказанию поддержки людям, подвергающимся домашнему насилию, даже если это возможно только на удаленной основе. Закон также квалифицирует как «неотложные» любые вопросы, связанные с домашним насилием и/или защитой детей во время чрезвычайной ситуации с COVID-19, чтобы ускорить оказание помощи и поддержки.⁴⁷¹ Аналогичным образом, в Монголии от правительства потребовалось активизировать работу по предотвращению насилия в семье, предоставить соответствующие услуги пострадавшим и сделать необходимые вложения в создание временных приютов и круглосуточной телефонной службы.⁴⁷²

Другие Государства, похоже, предприняли менее официальные меры, чаще всего просто полагаясь на существующее законодательство или программы или предоставляя дополнительное финансирование. Например, в Испании были в основном использованы существующие механизмы борьбы с гендерным насилием. В Австралии федеральное правительство предоставило финансирование для поддержки людей, подвергшихся бытовому, семейному и сексуальному насилию во время Пандемии COVID-19. Власти Гондураса также мобилизовали необходимые ресурсы для поддержки людей, подвергающихся насилию. Эта работа велась в основном под руководством Фонда ООН в области народонаселения, а также при поддержке государственных учреждений и некоммерческих организаций. В ДР Конго в ответ на рост сексуального и гендерного насилия (СГН) УВКБ ООН усилило специальные меры по повышению осведомленности, включая распространение сообщений о защите от СГН и о том, как пострадавшие могут получить доступ к соответствующим услугам.

Одна из наиболее сложных задач при поддержке людей, страдающих от бытового насилия или жестокого обращения, — дать им возможности не находиться дома во время принудительной изоляции или локдауна. В некоторых Государствах выборки были предусмотрены послабления требований к локдауну, позволяющие подвергающимся риску лицам переехать из своего дома в другое место, а в случаях, если это невозможно по иным причинам, просто не появляться в месте своего обычного проживания.⁴⁷³ В Соединенном Королевстве, например, первоначальные законодательные меры по введению локдауна содержали прямое исключение, разрешающее человеку покинуть свой дом, чтобы «избежать травмы, болезни или риска причинения вреда».

За исключением результатов по Сьерра-Леоне, Картирование ЧСЗ не выявило упоминания рисков в сфере защиты детей, возникших после закрытия школ. Опираясь на предыдущий опыт борьбы со вспышкой Эболы, власти Сьерра-Леоне разработали План реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере образования в период Пандемии COVID-19. Этот план включал стратегии противодействия рискам в сфере защиты детей, которые возникают после закрытия школ (например, рост насилия в отношении детей, гендерное насилие, сексуальная эксплуатация и детские браки).⁴⁷⁴ Негативные последствия физического закрытия школ для детей более подробно рассматриваются в разделе 8.7 ниже.

В Отчете о ГРБ признается тенденция к росту домашнего насилия во время бедствий и усилению нагрузки на существующие службы защиты. Он ссылается на результаты исследований, которые показывают, что службы защиты, как правило, не имеют планов на случай непредвиденных обстоятельств, обеспечивающих непрерывность оказания услуг во время бедствий. Отчет о ГРБ дает несколько рекомендаций, основанных на этих результатах.⁴⁷⁵ Как отмечалось выше, риск роста насилия в семье во время ЧСЗ может быть выше, чем при других типах бедствий. Следовательно, рекомендации в Отчете о ГРБ также актуальны и для ЧСЗ, и, возможно, даже более важны в этом контексте.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы и/или политики должны требовать от ведомств, ответственных за предотвращение домашнего или семейного насилия и оказание услуг по защите, разработки планов на случай непредвиденных обстоятельств, обеспечивающих непрерывность предоставления услуг во время ЧСЗ.
2. Структуры управления рисками ЧСЗ (включая законы, политики и планы на случай непредвиденных обстоятельств) должны включать меры, которые позволят лицам, подвергающимся риску домашнего насилия, воспользоваться убежищами или местами временного размещения, а также другими услугами по защите во время ЧСЗ.
3. Законы, устанавливающие ограничения и локдауны во время ЧСЗ, должны прямо разрешать тем, кто находится под угрозой домашнего насилия или уже подвергается ему, нижеследующее:
 - a. покинуть место своего проживания и/или не возвращаться туда;
 - b. пользоваться услугами по защите, психологической и психосоциальной поддержке.

8.7 / УЧАЩИЕСЯ ШКОЛ

Во время большинства видов бедствий школьное обучение может быть прервано. Школы могут использоваться как убежища, но они также могут быть физически повреждены в результате бедствия. У большинства стран уже есть (или должен быть) опыт управления воздействием чрезвычайной ситуации или бедствия на школьную систему, а также возможными сбоями в образовательном процессе. Основное отличие ЧСЗ, как показывает ситуация с COVID-19, заключается в том, что нарушения могут иметь гораздо больший масштаб и продолжительность.

Все без исключения Государства выборки физически закрыли школы в начале Пандемии COVID-19, и большинство из них перешли на онлайн-обучение. Согласно данным ЮНЕСКО, к маю 2020 года школы были повсеместно закрыты в 160 странах, что затронуло более 1,15 миллиарда учащихся.⁴⁷⁶ Пандемия COVID-19 не была единственной причиной закрытия школ. Вспышка вируса Эбола оказала воздействие на систему образования в Либерии и Сьерра-Леоне и вполне могла повлиять на меры, принятые этими Государствами во время Пандемии COVID-19. Например, во время Пандемии COVID-19 правительство Сьерра-Леоне создало Целевую группу по борьбе с чрезвычайной ситуацией в сфере образования для смягчения воздействия Пандемии на детей и процесс обучения, а также на относительно раннем этапе разработало План реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере образования в период Пандемии COVID-19.⁴⁷⁷ План был направлен, среди прочего, на обеспечение непрерывности обучения. В нем изложены стратегии по сокращению числа детей, бросивших школу, и противодействию рискам в сфере защиты детей, возникающим после закрытия школ (например, росту масштабов насилия в отношении детей, гендерного насилия, сексуальной эксплуатации и детских браков). Министерство образования ДР Конго при поддержке ЮНИСЕФ также разработало национальный план реагирования в сфере образования.⁴⁷⁸

Наиболее очевидное воздействие закрытия школ — прекращение преподавания — было устранено в большинстве Государств из выборки с помощью онлайн-преподавания или обучения. Однако применяемые методы в разных Государствах отличались. В некоторых Государствах для облегчения перехода к обучению на дому использовались законодательные меры. Например, в Бразилии Указ 343 от 17 марта 2020 года предусматривает временную замену очных занятий виртуальным обучением в рамках национальной системы образования, что позволяет детям не отрываться от изучения школьной программы.⁴⁷⁹ В Монголии обучение в классах было приостановлено до 1 сентября 2020 года на всех уровнях образовательных учреждений специальным постановлением.⁴⁸⁰ Однако в других Государствах переход к онлайн-обучению был осуществлен без необходимости принятия законодательных мер.

Переход в онлайн-формат не обеспечивает всеобщего образования. Во-первых, он основывался на предположении, что возможность перейти от физического к дистанционному обучению существует. Маловероятно, что такая возможность существует в странах, где система образования уже не справляется с задачей обеспечения всеобщего образования, как это показывают результаты картирования в Гондурасе. Во-вторых, онлайн-обучение требует наличия оборудования и инфраструктуры. Для быстрой разработки комплексных цифровых обучающих ресурсов требуется доступ к необходимым технологиям. Согласно оценкам, в Гондурасе из 2,9 миллиона учащихся около половины во время Пандемии COVID-19 вообще не учились из-за отсутствия компьютеров или подключения к Интернету дома.⁴⁸¹ Государства выборки приняли для решения этих проблем ряд мер, таких как предоставление во временное пользование портативных компьютеров или использование методов связи (например, радио), не зависящих от современных технологий.⁴⁸²

Важно признать, что если дети не могут физически посещать школу в течение значительных периодов времени, то даже при условии перехода на домашнее обучение это может иметь серьезные негативные последствия для качества их образования, социального развития, физического и психического здоровья. Особенно страдают дети, для которых бесплатное или льготное школьное питание являлось важным источником полноценной и здоровой пищи. Родители с низким уровнем образования и ограниченными ресурсами, либо те, кому приходится работать удаленно, зачастую не могут предоставить своим детям помощь и поддержку в домашнем обучении, а самим детям младшего возраста может не хватать сознательности и способностей, чтобы успешно учиться онлайн. Это также потенциально подвергает повышенному риску тех детей, которые вынуждены проводить весь день в семье, где существует угроза жестокого обращения, и больше не посещают школу, где учителя могут следить за их благополучием. Еще одним последствием закрытия школ и, следовательно, свидетельством фундаментальной важности интеграции вопросов образования в планирование или подготовку к ЧСЗ,

является влияние на родителей, которые могут оказаться не в состоянии работать или добывать необходимые припасы, если им приходится сидеть дома, чтобы заботиться о своих детях и их воспитании. По этим причинам позиция ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЕСКО, а также многих национальных правительств заключается в том, что школы должны быть последними учреждениями в очереди на закрытие, и первыми — в очереди на открытие.

В этом отчете уже рассмотрена важность включения сектора образования и, в частности, школ, в структуру управления рисками в сфере ЧСЗ, чтобы воздействие на образование было предсказуемым и включалось в планирование мероприятий по обеспечению готовности к ЧСЗ (см. Раздел 4.5). Приведенный выше анализ подтверждает эти рекомендации.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны устанавливать и соблюдать принцип, согласно которому закрытие школ во время ЧСЗ должно быть крайней мерой.
2. Внутреннее законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны обеспечивать участие и представленность школ и органов управления в сфере образования на всех этапах управления рисками ЧСЗ.
3. Законы и/или политики должны требовать от органов управления в сфере образования и, при необходимости, от отдельных школ иметь планы на случай непредвиденных обстоятельств для решения проблем, которые могут возникнуть во время ЧСЗ, включая:
 - a. определение альтернативных методов обучения на случай физического закрытия школ;
 - b. решение проблем детей, которым трудно получить доступ к альтернативному обучению;
 - c. определение практических мер (например, протоколов биобезопасности), позволяющих школам работать (или вновь открыться) во время ЧСЗ.

8.8 / МИГРАНТЫ И МАРГИНАЛИЗИРОВАННЫЕ РАСОВО-ЭТНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ

В отчете о ГРБ указывается, что для мигрантов и маргинализованных расовых и этнических групп существует риск подвергнуться несоразмерному воздействию бедствий в силу дискриминации и экономической маргинализации. Дискриминация в рамках обеспечения готовности к бедствиям и реагирования на них может быть не только прямой, но и косвенной, если соответствующие программы и меры не адаптированы к конкретным потребностям указанных групп, например, в случае отсутствия информации о рисках и предупреждений на разных языках. Нелегальные мигранты могут подвергаться особенно высокому риску, потому что они исключены из участия в государственных программах и/или не желают обращаться в официальные службы из-за опасения принудительных действий.⁴⁸³ Хотя это прямо не указано в Отчете о ГРБ, данные рекомендации могут учитывать вероятность того, что эти группы будут иметь трудности с доступом к необходимой медицинской помощи или другой государственной поддержке во время ЧСЗ.

Материалы Картирования ЧСЗ, как правило, предоставляют информацию в первую очередь о влиянии ЧСЗ (в частности, COVID-19) на мигрантов. К сожалению, информации о воздействии на маргинализованные расовые и этнические группы доступно меньше. Следовательно, в этом разделе сначала будет рассмотрено влияние на мигрантов, а затем мы кратко обсудим влияние ЧСЗ на другие группы.

8.8.1 / Мигранты

В Отчете о ГРБ рекомендуется, чтобы деятельность по обеспечению готовности к бедствиям и реагированию на них была направлена на удовлетворение конкретных потребностей мигрантов, включая обеспечение доступности для них информации и предоставление нелегальным мигрантам доступа к соответствующим мероприятиям по ГРБ.⁴⁸⁴ Он также рекомендует, чтобы законы и/или политики основывались на «Руководящих принципах по защите мигрантов в странах, переживающих конфликты или стихийные бедствия», которые содержат исчерпывающие рекомендации по защите мигрантов и их включению в соответствующие мероприятия.⁴⁸⁵

Картирование ЧСЗ предполагает, что конкретные проблемы, с которыми сталкиваются мигранты во время ЧСЗ, включают: (1) доступ к медицинскому обслуживанию; (2) получение поддержки в случае отсутствия работы и, возможно, жилья; (3) возможность репатриации; (4) дальнейшее влияние ограничений на поездки на иммиграционный статус мигрантов.

Что касается доступа к медицинскому обслуживанию, материалы Картирования ЧСЗ раскрывают широкий спектр применяемых в Государствах подходов, от предоставления полного доступа к медицинским услугам до обеспечения только частичного или условного доступа или полного исключения мигрантов из медицинского обслуживания. Во многих случаях указанная разница в подходах может быть связана с лежащими в основе законами или политиками для «нормальных» ситуаций, а не обязательно с мерами, специально введенными в связи с COVID-19. В целом, большинство Государств выборки обеспечивают (или обеспечивали во время Пандемии COVID-19) доступ к медицинскому обслуживанию для мигрантов, хотя в некоторых случаях только за плату или в ограниченной форме. Подходы к оказанию медицинской помощи делятся на пять широких категорий:

1. Отсутствие доступа к медицинским услугам. Сообщалось, например, что в Таджикистане беженцы были лишены каких-либо государственных пособий и субсидий для уязвимых социальных групп.⁴⁸⁶
2. Наличие платного доступа к медицинскому обслуживанию. Например, в Шри-Ланке трудящиеся-мигранты платят за доступ к сети частных учреждений здравоохранения. В Сьерра-Леоне плата также взимается почти за все виды медицинского обслуживания (за исключением услуг для беременных и кормящих женщин и детей до пяти лет), хотя это происходит в контексте острой нехватки основных медицинских препаратов⁴⁸⁷ и оборудования, а также проблем в системе здравоохранения, на которой, согласно материалам картирования ЧСЗ, негативно сказывается недофинансирование, высокий уровень заболеваемости, а также крайне недостаточное число и неравномерное распределение квалифицированных медицинских работников.⁴⁸⁸
3. Платный доступ к медицинскому обслуживанию, предполагающий определенные исключения. Этот подход применяется в Соединенном Королевстве, где есть список заболеваний, за лечение которых плату взимать запрещено. В этот список был добавлен и COVID-19⁴⁸⁹. Согласно имеющимся данным, аналогичные меры были приняты в Нью-Йорке, где получение медицинской помощи в связи с COVID-19 не рассматривалось как «предоставление государственного содержания» и/или не влияло на возможность подать заявление на изменение иммиграционного статуса.
4. Официальное наличие полного доступа к медицинскому обслуживанию, который может быть ограничен на практике. Ограничение может возникнуть из-за необходимости предоставить документы, удостоверяющие личность. Такая ситуация отражена в материалах Картирования ЧСЗ в Бразилии и Южной Африке. Картирование ЧСЗ в Южной Африке показывает, что незарегистрированные мигранты сталкиваются с серьезными проблемами при получении доступа к медицинскому обслуживанию (и другой помощи) из-за отсутствия выдаваемых государством документов социального страхования и удостоверений личности. В Китае получение основных медицинских услуг рассматривается как одно из важнейших прав, но на практике такие услуги могут быть менее доступны для трудящихся-мигрантов, если они не приобретут пакет социального страхования.⁴⁹⁰ Бывают случаи, когда принцип полной доступности ограничивается в связи с возросшими потребностями: во время вспышки вируса Эбола в Либерии никого официально не лишали права на медицинское обслуживание, но нехватка ресурсов привела к тому, что приоритет отдавался членам местных сообществ.⁴⁹¹
5. Полный доступ на тех же условиях, что и для граждан страны. Примером может служить Испания, которая признает доступ к национальной системе здравоохранения в качестве основного права каждого человека, находящегося в Испании, при этом все иностранцы (включая тех, кто не зарегистрирован или не имеет разрешения на проживание) имеют право на медицинское обслуживание на тех же условиях, что и граждане Испании.⁴⁹² Аналогичным образом, в Колумбии в соответствии с Конституцией и Законом № 100 от 1993 года доступ к⁴⁹³ неотложной медицинской помощи гарантируется любому, кто проживает на территории Колумбии, независимо от иммиграционного статуса.⁴⁹⁴

Доступ мигрантов к поддержке более общего характера не так часто описывается в результатах Картирования ЧСЗ. Однако доступ к социальному обеспечению, социальным выплатам и другим видам экономической помощи часто может зависеть от иммиграционного статуса человека, включая тип имеющейся визы. В большей части материалов картирования ЧСЗ предполагается, что большинство финансовых или социальных льгот, предоставленных во время пандемии COVID-19, были доступны только гражданам или постоянным резидентам. Например, в Республике Корея большинство мигрантов (включая незарегистрированных мигрантов, беженцев и просителей убежища) не имели тех же прав в отношении выплат в чрезвычайных ситуациях, что и граждане



Босния и Герцеговина, 2020 г. Национальное общество Красного Креста Боснии и Герцеговины предоставляет теплую одежду, продукты питания, постельные принадлежности и горячий чай людям, которые были вынужденно перемещены после пожара в лагере для мигрантов Lira на северо-западе страны. © Красный Крест Боснии и Герцеговины

или резиденты.⁴⁹⁵ Однако были и исключения из общего подхода. В Южной Африке, например, беженцы, просители убежища и некоторые владельцы специальных разрешений имели право претендовать на получение выплат в рамках южноафриканской программы социальной помощи при бедствиях в связи с Пандемией COVID-19. В Новой Зеландии была создана Программа поддержки иностранных граждан для помощи тем, кто не может вернуться в свою страну из-за ограничений, связанных с COVID-19.⁴⁹⁶

Картирование ЧСЗ в других Государствах показывает, что там помощь была более ограниченной или ее получение было проблематичным. Из Колумбии, страны с наибольшим числом венесуэльских иммигрантов,⁴⁹⁷ поступали сообщения о том, что венесуэльцы не получали помощи,⁴⁹⁸ несмотря на то, что, согласно другим данным, Колумбия обратилась за срочной международной поддержкой и выделила средства для поддержки этих мигрантов.⁴⁹⁹ Однако к моменту написания данного Отчета власти Колумбии объявили, что регистрируют сотни тысяч венесуэльских мигрантов и беженцев, в настоящее время находящихся в стране без документов, с целью предоставить им законный вид на жительство и облегчить доступ к медицинскому обслуживанию и возможностям легального трудоустройства.⁵⁰⁰ В Гондурасе Центр помощи вернувшимся мигрантам был закрыт правительством из-за опасений по поводу распространения вируса по причине приема мигрантов, возвращающихся из стран с быстрорастущим уровнем инфицирования. Поступали сообщения о том, что мигранты из Сальвадора или Никарагуа, направлявшиеся через Гондурас в Соединенные Штаты, были оставлены на произвол судьбы, без какого-либо государственного плана поддержки.⁵⁰¹

В некоторых странах иммиграционные правила таковы, что получение льгот может негативно сказаться на иммиграционном статусе и/или ограничить возможности по подаче заявлений на получение постоянного вида на жительство. В Нью-Йорке этой проблемы удалось избежать за счет предоставления определенных услуг или поддержки, связанных с COVID-19, таких как тестирование на COVID-19, медицинские услуги, продовольственная помощь, пособия по безработице, защита арендаторов и юридическая помощь, которые не рассматриваются как ограничивающие возможности по подаче заявлений на получение Грин-карты в США.⁵⁰²

Как показала Пандемия COVID-19, дополнительным аспектом любой серьезной ЧСЗ является то, что повсеместное закрытие границ стран может создать проблемы для тех мигрантов: (1) которые хотят репатрироваться;

и/или (2) у которых истек срок действия визы, но они физически не могут покинуть страну. Первый вопрос был рассмотрен в Главе 6. Что касается истечения срока действия визы, то во многих Государствах выборки это было решено путем смягчения визовых требований. Например, правительство Колумбии разрешило лицам с истекшим сроком действия иммиграционных документов оставаться в стране до окончания чрезвычайной ситуации в сфере здравоохранения и до тех пор, пока появится возможность решить вопросы с их визовым статусом.⁵⁰³ Аналогичным образом, в ОАЭ были продлены соответствующие сроки выезда и предоставлены послабления в отношении нарушений визового режима в результате пандемии. Срок действия истекших туристических или гостевых виз, а также виз на проживание продлевался автоматически.⁵⁰⁴

8.8.2 / Маргинализованные расовые и этнические группы

Как уже отмечалось, результаты Картирования ЧСЗ обычно не содержат информации конкретно о маргинализованных расовых и этнических группах. Основное наблюдаемое воздействие заключается в том, что эти группы могут сталкиваться с языковыми и культурными барьерами при доступе к информации, медицинскому обслуживанию и другой помощи во время ЧСЗ. Например, согласно данным Картирования ЧСЗ в Колумбии, оказывать медицинскую помощь цыганам не могут работники здравоохранения противоположного пола.⁵⁰⁵ Некоторые Государства выборки предприняли шаги по устранению языковых и культурных барьеров. Например, в ОАЭ власти издавали информационную литературу на нескольких языках (арабском, урду и английском).⁵⁰⁶ В Австралии правительство Содружества профинансировало общенациональную кампанию по распространению информации о COVID-19 более чем на 20 языках. Например, согласно данным Картирования ЧСЗ в Колумбии, оказывать медицинскую помощь цыганам не могут работники здравоохранения противоположного пола.⁵⁰⁷

Результаты картирования ЧСЗ также содержат небольшое число примеров, когда специальные новые законы или политики принимались для устранения потенциального воздействия COVID-19 на группы коренного населения. В Бразилии были приняты меры по защите коренного населения,⁵⁰⁸ а власти Австралии издали постановления, ограничивающие доступ к живущим в отдаленных районах сообществам коренных народов, чтобы свести к минимуму риск заражения. Правительство Австралии также создало Консультативную группу по COVID-19 для аборигенов и жителей островов Торресова пролива, чтобы давать рекомендации Департаменту здравоохранения по вопросам, связанным с COVID-19 и содействовать в предоставлении информации сектору здравоохранения, обслуживающему аборигенов и жителей островов Торресова пролива.⁵⁰⁹ Консультативная группа внедрила недавно созданный План экстренного реагирования на новый коронавирус (COVID-19) сектора здравоохранения Австралии.⁵¹⁰



РЕКОМЕНДАЦИЯ

Национальное законодательство, политики и планы по управлению рисками ЧСЗ должны:

1. обеспечить участие и представленность мигрантов и маргинализованных расовых и этнических групп на всех этапах управления рисками ЧСЗ;
2. принять меры по устранению языковых и культурных барьеров при доступе к услугам здравоохранения, информации и другой поддержке во время ЧСЗ;
3. обеспечить мигрантам полный доступ к медицинскому обслуживанию во время ЧСЗ независимо от их иммиграционного статуса;
4. решать проблемы мигрантов, возникающие из-за ограничений на передвижение и закрытия границ во время ЧСЗ, включая:
 - a. продление разрешений и виз для мигрантов, которые не могут выехать из страны;
 - b. предоставление исключений в отношении ограничений на поездки и закрытия границ (при соблюдении соответствующих мер безопасности), чтобы мигранты могли совершить репатриацию.

ЧАСТЬ D

ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ГУМАНИТАРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ



© Филиппинский Красный Крест

9 / ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ГУМАНИТАРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

9.1 / ВВЕДЕНИЕ

В заключительной части этого отчета рассматривается первоначальная причина запуска проекта «Законодательство и ЧСЗ»: влияние пандемии COVID-19 на способность сети МФОКК и КП и других гуманитарных организаций, как национальных, так и международных, оказывать поддержку пострадавшим от пандемии и других бедствий, произошедших во время нее.

Практическое воздействие пандемии COVID-19 на гуманитарные операции было весьма значительным. Как обсуждалось в разделе 9.3.1, в некоторых Государствах существовала неопределенность в отношении того, освобождены ли Национальные общества КК и КП от продиктованных COVID-19 ограничений свободы передвижения и, следовательно, разрешено ли им свободно перемещаться по стране и взаимодействовать с местными сообществами. В некоторых Государствах вызванные COVID-19 ограничения привели к тому, что организации сети МФОКК и КП не имели доступа к своим складам и предварительно размещенным запасам. Кроме того, из 100 операций по «развертыванию» сети МФОКК и КП в связи с пандемией, проведенных до конца сентября 2020 года, 86 пришлось проводить удаленно.

Чтобы исследовать влияние пандемии COVID-19 на Национальные общества КК и КП и другие гуманитарные организации, в рамках Программы закона о бедствиях МФОКК и КП было проведено картирование чрезвычайных декретов в начале пандемии. Картирование в основном осуществлялось в период с марта по май 2020 года и фокусировалось преимущественно на юридических возможностях для гуманитарных организаций, а также на координации между различными участниками и типах ограничений, введенных для сдерживания COVID-19. По мере развития Проекта он был расширен за счет включения (1) всех типов ЧСЗ, а не только COVID-19, и (2) средств, доступных для «групп быстрого реагирования»,⁵¹ как национальных, так и международных.

Как говорилось в начале данного Отчета, хотя результаты Картирования чрезвычайных декретов является ценным источником информации, они имеют свои ограничения. Во-первых, поскольку эти результаты были подготовлены на начальном этапе внедрения мер реагирования на COVID-19, они могут предоставить лишь общее представление о ситуации на соответствующий момент времени. Во-вторых, Картирование чрезвычайных декретов сосредоточено преимущественно на влиянии на компоненты сети МФОКК и КП и содержит меньше информации о других гуманитарных организациях. В-третьих, поскольку картирование фокусируется именно на COVID-19, анализ результатов или полученный опыт не обязательно будут актуальны для других ЧСЗ, имеющих меньший масштаб или иной характер.

9.2 / ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Основное внимание в этой главе уделяется юридическим возможностям гуманитарных организаций, как национальных, так и международных. Юридические возможности — это особые юридические права, которые предоставляются определенной организации (или категории организаций) и позволяют ей (или им) проводить операции эффективно и результативно. Юридические возможности могут иметь форму позитивных прав (например, права выполнять определенные действия), доступа к упрощенным и ускоренным процессам регулирования или же специальных отступлений от законодательных или юридических требований. С момента своего запуска в 2001 году Программа закона о бедствиях МФОКК и КП уделяет большое внимание обеспечению доступности юридических возможностей для определенных служб реагирования на бедствия в целях повышения эффективности их работы.

Правительство пострадавшего государства несет основную ответственность за удовлетворение гуманитарных потребностей, вызванных бедствием, в пределах его границ. Национальные общества КК и КП и другие местные гуманитарные организации в пострадавшем государстве играют важнейшую вспомогательную роль во внутренних операциях по реагированию на бедствия. Для того, чтобы выполнять эту роль эффективно, национальным обществам КК и КП и другим национальным гуманитарным организациям требуются юридические возможности. Типы необходимых юридических возможностей определены в Контрольном списке ГРБ,

который был одобрен Государствами-участниками Женевских конвенций и компонентами Международного движения КК и КП в 2019 году на 33-й Международной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца (далее «Международная конференция»). Помимо прочего, этот список включает: освобождение от налогов, взимаемых с гуманитарной деятельности, товаров и оборудования (включая таможенные пошлины и НДС); защиту сотрудников и волонтеров от ответственности за ущерб; автоматическое или ускоренное признание профессиональных квалификаций за пределами границ субнациональных образований.

В случае, если масштабы бедствия превышают возможности внутреннего реагирования, может потребоваться международная помощь. Руководящие принципы МЗРБ,⁵¹² которые были единогласно приняты Государствами-участниками Женевских конвенций и компонентами Международного движения КК и КП в 2007 году на 30-й Международной конференции, включают рекомендации по минимальным юридическим возможностям, которые должны быть предоставлены оказывающим помощь Государствам и правомочным гуманитарным организациям для реагирования на бедствия на международном уровне. Эти рекомендации включают (опять же, помимо прочего): ускоренные и упрощенные процессы таможенного оформления товаров и оборудования, предназначенных для оказания помощи; ускорение оформления виз для гуманитарных работников; помощь в транспортировке; освобождение гуманитарных операций от налогов, пошлин и сборов; упрощение процедур временной регистрации гуманитарных организаций в качестве внутригосударственных юридических лиц для осуществления законной деятельности в том или ином Государстве. Юридические возможности, определенные в Руководящих принципах МЗРБ и Контрольном списке ГРБ, во многом пересекаются, в том числе, например, в отношении налоговых льгот и признания профессиональных квалификаций.

Хотя не все юридические возможности, указанные в Контрольном списке ГРБ и Руководящих принципах МЗРБ, могут быть применимы к ЧСЗ — и, следовательно, не все они обсуждаются в этой Части — в целом Государствам рекомендуется разработать эффективные законы и политики, обеспечивающие юридические возможности, указанные в Контрольном списке ГРБ и Руководящих принципах МЗРБ. Это важный аспект правовой подготовки к бедствиям в целом, а не только к ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

В соответствии с Контрольным списком ГРБ и Руководящими принципами МЗРБ, Государства должны разработать эффективные законы и политики, предоставляющие юридические возможности: (а) национальным гуманитарным организациям для реагирования на бедствия внутри страны (в том числе при ЧСЗ); и (б) оказывающим помощь Государствам и правомочным гуманитарным организациям для реагирования на бедствия на международном уровне (в том числе при ЧСЗ).

9.3 / ВЛИЯНИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ, ВВЕДЕННЫХ ИЗ-ЗА COVID-19

Ограничения в ответ на COVID-19 были введены практически всеми правительствами. Во многих случаях это оказало значительное влияние на деятельность сети МФОКК и КП и других гуманитарных организаций. Такие ограничения не всегда были совместимы с требованиями ММСР о недопущении ненужного вмешательства в международные перевозки, а также с временными рекомендациями, выпущенными ВОЗ в начале пандемии. Потенциальное воздействие этих ограничений было признано на раннем этапе пандемии и побудило Всемирную ассамблею здравоохранения выпустить следующий призыв к Государствам:

«Обеспечить, чтобы введенные в контексте COVID-19 ограничения на передвижение людей и перевозку медицинского оборудования и лекарств были конкретными и временными, а также чтобы они предусматривали исключения для передвижения гуманитарных и медицинских работников (включая медиков, работающих на уровне сообщества), позволяющие им выполнять свои обязанности, а также для передачи оборудования и медикаментов, необходимых гуманитарным организациям для их деятельности».⁵¹³

Введенные ограничения делятся на четыре большие категории: (1) ограничения на передвижение внутри страны, включая приказы о введении локдаунов и предписания оставаться дома; (2) обязательные требования о закрытии предприятий или ограничения на торговлю; (3) ограничения, связанные с запретом или трудностями для трансграничного передвижения людей, включая закрытие границ, приостановление выдачи виз и карантин; (4) ограничения на ввоз или вывоз товаров, в том числе средств индивидуальной защиты и медицинских принадлежностей. Кроме того, некоторые проблемы были вызваны не введением новых ограничений, а необходимостью для правительств ослабить или отменить существующие требования (а иногда и неспособностью правительств это сделать) с целью содействия в проведении соответствующих мероприятий. Здесь важно отметить сферы, указанные в Руководящих принципах МЗРБ и Контрольном списке ГРБ, например, выдача разрешений или лицензий персоналу и освобождение предметов медицинского назначения от тарифов и налогов. Эти вопросы рассматриваются по порядку ниже.

9.3.1 / Ограничения на внутреннее передвижение и работу коммерческих предприятий

Ограничения на внутреннее передвижение вводились несколькими способами. В некоторых Государствах они имели форму запрета покидать жилище — люди получали приказ оставаться дома. В других случаях жителям разрешалось отходить от дома лишь на определенное расстояние или посещать определенные учреждения субнационального или местного самоуправления. В других местах было разрешено передвигаться только в определенное время суток, потому что действовал комендантский час. Во всех случаях потенциальные препятствия для деятельности работников здравоохранения, служб чрезвычайной помощи и гуманитарных организаций очевидны.

В большинстве случаев Государства признавали необходимость предоставления определенных услуг, несмотря на эти ограничения. Поэтому законы часто предусматривают исключения для определенных категорий лиц, таких как персонал служб чрезвычайной помощи, медицинские работники или, в более общем смысле, люди, предоставляющие «услуги первой необходимости». В Колумбии, например, было принято положение, гарантирующее отсутствие препятствий или ограничений для полного осуществления прав медицинским персоналом и любыми другими лицами, связанными с предоставлением медицинских услуг.⁵¹⁴ В Венесуэле государственные и частные субъекты сектора здравоохранения были освобождены от уплаты налогов.⁵¹⁵ В Иордании медики были освобождены от соблюдения комендантского часа, чтобы медицинские учреждения работали и были готовы к приему пациентов;⁵¹⁶ в Кении врачи и работники сектора здравоохранения также были освобождены от действующего на национальном уровне комендантского часа.⁵¹⁷ Власти Кении также предоставили послабление для «поставщиков критически важных и основных услуг»,⁵¹⁸ а в Южной Африке людям было разрешено покидать свое жилище «исключительно для целей оказания услуг первой необходимости».⁵¹⁹ В других странах действующие соглашения могут противоречить каким-то конкретным ограничениям. Например, действующий в США Договор об оказании помощи в чрезвычайных ситуациях гарантирует, что все американские штаты могут получать помощь от других штатов во время чрезвычайных ситуаций.⁵²⁰

В тех случаях, когда были доступны послабления для «работников жизненно важных отраслей» или оказания «услуг первой необходимости» (или аналогичных им), эти термины иногда были определены в законодательстве.

Однако во многих случаях определения содержались в политиках или руководствах, не все из которых были доступны сотрудникам, проводящим картирование. В результатах Картирования чрезвычайных декретов также сообщается о значительных различиях в определениях. Даже в тех случаях, когда «медицинские работники или службы» включались в число работников жизненно важных отраслей, не всегда было ясно, что именно это означает и какие медицинские услуги имеются в виду. Это может представлять отдельную проблему для Национальных обществ КК и КП и других гуманитарных организаций: в некоторых результатах картирования указывается, что исключения распространялись на них неявным образом. Неявные исключения являются далеко не идеальным выходом — это создает неопределенность в отношении того, освобождены ли организации (а также их сотрудники и волонтеры) от соответствующих требований, в результате чего решение может в конечном итоге остаться за властями.

В некоторых из Государств выборки⁵²¹ были приняты положения, вводящие специальные исключения для Национальных обществ КК и КП. Например, власти Филиппин ввели на всей территории острова Лусон «строгий домашний карантин». Медики и волонтеры Филиппинского общества Красного Креста получили статус «медицинских работников, оказывающих неотложную помощь», что позволило им сохранить право ездить по Лусону и вести свою деятельность. В более общем смысле, национальное законодательство, принятое для содействия мерам реагирования и восстановления после пандемии COVID-19, признало Филиппинский Красный Крест «основным гуманитарным агентством, которое выполняет вспомогательную роль по отношению к правительству при оказании помощи людям и распределении товаров и услуг в контексте борьбы с COVID-19. При этом агентству надлежит возмещать расходы, понесенные им в ходе указанной деятельности».⁵²² Однако такие положения существовали далеко не везде: было отмечено очень мало исключений для «работников жизненно важных отраслей», которые относились конкретно к Национальным обществам КК и КП или другим гуманитарным организациям.

Другой основной тип введенных ограничений — это обязательное закрытие предприятий или ограничение их возможностей по ведению деятельности. Случаи запрета деятельности всех предприятий отмечались достаточно редко. Вместо этого меры, как правило, были направлены на закрытие второстепенных предприятий. В большинстве случаев «важные» предприятия могли продолжать работу, хотя и при выполнении определенных условий.⁵²³ Как и в случае с ограничениями на передвижение, есть небольшое число примеров, когда Национальные общества КК и КП и другие гуманитарные организации явным образом освобождались от этого типа ограничений. Опять же, в этом случае Национальные общества КК и КП и другие гуманитарные организации должны были удостовериться в том, что их работа попадает в спектр разрешенных или относящихся к исключениям важных видов деятельности, таких как медицинское обслуживание и услуги по уходу в специализированных учреждениях,⁵²⁴ социальная поддержка или помощь пожилым людям в бедственном положении,⁵²⁵ управление бедствиями⁵²⁶ и проведение чрезвычайных мероприятий⁵²⁷ или, в более общем смысле, предоставление «услуг первой необходимости». В этом отношении Колумбия в некотором роде стоит особняком: введенные там ограничительные меры предусматривают прямые исключения в отношении работы всех международных медицинских организаций.⁵²⁸ Отсутствие явных послаблений и связанная с этим неопределенность оказали серьезное влияние на работу Национальных обществ КК и КП и привели к значительному снижению доходов. Хотя последнее может быть решено в рамках государственных программ финансовой поддержки, любая неопределенность в отношении способности Национальных обществ КК и КП и других гуманитарных организаций продолжать свою деятельность ведет к проблемам, и ее следует избегать.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Законы, вводящие ограничения на внутреннее передвижение или деловые операции во время ЧСЗ, должны предусматривать прямые послабления для Национальных обществ КК и КП и других соответствующих гуманитарных организаций, чтобы они могли продолжать выполнять свои функции (при соблюдении соответствующих мер безопасности).
2. Если послабления предоставляются «работникам жизненно важных отраслей» или поставщикам «услуг первой необходимости», определение этого термина должно быть четким и включать сотрудников и волонтеров Национальных обществ КК и КП и других соответствующих гуманитарных организаций.

9.3.2 / Закрытие границ и/или ограничения на въезд

Несмотря на то, что ВОЗ изначально рекомендовала не закрывать границы, сразу после возникновения очевидной угрозы распространения COVID-19 по всему миру многие Государства сделали это в попытке снизить риски трансграничного заражения.⁵²⁹ В некоторых Государствах закрытие границ произошло не из-за прямых действий правительства, а в результате того, что транспортные операторы прекратили предоставлять соответствующие услуги. В других Государствах границы оставались открытыми, но правительства ограничивали количество въезжающих, и/или подвергали их карантину или самоизоляции. Лишь в очень немногих Государствах границы оставались полностью открытыми, и людям разрешался въезд без ограничений.⁵³⁰ В последнем случае не должно быть никаких проблем для въезжающего в страну гуманитарного персонала, с учетом выполнения соответствующих иммиграционных или визовых требований (см. ниже). Однако во всех других случаях закрытие границы или ограничение на въезд могут оказать существенное влияние на оказание гуманитарной помощи.⁵³¹

В ряде Государств выборки предусмотрены прямые исключения для осуществления операций гуманитарными организациями. В Гвинее, например, власти разрешили обслуживание гуманитарных рейсов в штатном режиме, несмотря на закрытие международного аэропорта в соответствии с ЧП.⁵³² Аналогичным образом, Управление авиации Судана предоставило исключения для рейсов с гуманитарной и медицинской помощью.⁵³³ Предполагается (хотя это не указано конкретно), что исключения, предоставляемые для рейсов, также распространяются на персонал на борту. Ангола и Уганда ввели прямые послабления для ООН и других гуманитарных организаций в отношении запрета на въезд.⁵³⁴ В других Государствах также были предусмотрены исключения, но их применение к гуманитарным организациям было неявным или предполагаемым. В Нидерландах, например, разрешен въезд «лицам, имеющим основания или выполняющим определенные функции», что распространяется и на международные и гуманитарные организации.⁵³⁵ Нигерия предоставила исключения для «чрезвычайных» и «важных» рейсов, причем эта⁵³⁶ терминология используется в ряде других Государств.

Законы других Государств предоставляют определенному должностному лицу право по своему усмотрению делать исключения в отношении закрытия границ или ограничений. В этих случаях обычно существовал общий запрет на въезд любого лица, не являющегося гражданином страны, но соответствующий министр или должностное лицо могло сделать исключение, обычно по предварительной заявке. В Австралии, например, начальник Сил обороны и Комиссар Австралийской федеральной полиции⁵³⁷ могут в исключительных случаях дать разрешение на въезд. В Польше разрешить въезд иностранцам может командующий Пограничной службой.⁵³⁸ Такие положения, несомненно, обеспечивают гибкость, и они, возможно, даже были специально введены для обеспечения въезда гуманитарных организаций. Однако такие дискреционные полномочия повышают риск задержки из-за необходимости подачи и рассмотрения заявки. Кроме того, существует вероятность произвольного использования таких дискреционных полномочий или злоупотребления ими, хотя результатах Картирования чрезвычайных декретов не содержится доказательств того, что это имело место во время пандемии COVID-19.

Хотя предоставляемые в дискреционном порядке исключения и подчиняются вышеуказанным ограничениям, они по крайней мере открывают некоторые возможности для участия гуманитарных организаций. Были сообщения о том, что в ряде Государств не было никаких исключений для гуманитарного персонала. Например, Камбоджа, Таиланд и Гаити закрыли границы или ввели ограничения на въезд без каких-либо положений об исключениях.⁵³⁹ Было также отмечено, что после тропического циклона «Гарольд» в Тихом океане международные организации не смогли прибыть в пострадавшие Государства для оказания поддержки.⁵⁴⁰

И полное закрытие границ, и закрытие с наличием дискреционных исключений противоречат Руководящими принципами МЗРБ, согласно которым Государства должны способствовать въезду персонала оказывающих помощь правомочных гуманитарных организаций. Такие действия, безусловно, могут отрицательно повлиять на оказание международной помощи во время ЧСЗ, будь то в отношении самого ЧСЗ или любого другого бедствия, которое может произойти во время ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

Законы, вводящие закрытие границ или другие ограничения во время ЧСЗ, должны явным образом освобождать от запретов персонал оказывающих помощь правомочных гуманитарных организаций (при условии соблюдения соответствующих мер безопасности).

Еще одно препятствие для въезда (даже если граница остается открытой) может возникнуть там, где вводятся карантинные требования. В некоторых случаях эти требования были крайне строгими и предписывали, чтобы люди какое-то время содержались в изоляции в помещениях, предоставленных властями. Правительство Мьянмы, например, требует от всех иностранных граждан не только предоставлять доказательства отсутствия инфекции, но и проходить 14-дневный карантин в выделенном государством помещении.⁵⁴¹ Аналогичные требования были введены правительством Кении.⁵⁴² Требования в других Государствах могут быть менее строгими, предписывая людям находиться в самоизоляции в местах по их выбору.

Риск здесь заключается в том, что, даже если работникам гуманитарных организаций разрешен въезд, им не позволяют немедленно приступить к выполнению своих функций, ради чего они и приехали в страну. Это может относиться не только к ЧСЗ, но и к другим бедствиям, происходящим в то же время. Во многих случаях у местных властей имелись полномочия, позволяющие снять карантинные требования, обычно на усмотрение чиновников системы здравоохранения. Например, в Республике Корея освобождение от обязательного 14-дневного карантина могло быть предоставлено гуманитарному персоналу путем выдачи Свидетельства об освобождении от изоляции.⁵⁴³ Такие дискреционные исключения позволяют Государствам оценивать риски, создаваемые прибывающим гуманитарным персоналом, исходя из характера конкретного заболевания и его распространенности в стране, из которой приезжает такой персонал, и сравнивать эти риски с последствиями задержки в оказании гуманитарной помощи. Статус члена гуманитарной организации не дает индивидуального иммунитета от болезней, и поэтому у Государств может быть вполне законное желание гарантировать, что те, кто приходит им на помощь, не являются переносчиками болезней, особенно если (как в случае с COVID-19) тесты не дают полных гарантий того, что человек не инфицирован или не может передавать заболевание.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Государства, рассматривающие возможность введения карантина или режима самоизоляции для лиц, прибывающих на их территорию во время ЧСЗ, должны, по возможности, освобождать от этих требований работников гуманитарных организаций.
2. Если автоматическое освобождение гуманитарного персонала от ограничений не предусмотрено законами и/или политиками, они должны устанавливать четкие и объективные критерии для предоставления таких послаблений.

Еще одна форма ограничения на въезд — это иммиграционные и визовые требования. Руководящие принципы МЗРБ рекомендуют Государствам предоставлять соответствующему персоналу визы и любые необходимые разрешения на работу (в идеале — бесплатно) на время, необходимое для оказания помощи при бедствиях или первоначальных восстановительных работ.⁵⁴⁴ В ряде случаев в результатах Картирования чрезвычайных декретов отмечается, что даже там, где в ответ на COVID-19 не были введены ограничения на пересечение границы, приостановка обычных визовых правил дала аналогичный эффект. В Индонезии, например, были сначала приостановлено действие виз иностранцев, когда-либо проживавших в Китае, а вскоре после этого был запрещен безвизовый въезд для всех иностранцев.⁵⁴⁵ Индия аналогичным образом приостановила действие виз иностранцев.⁵⁴⁶

С другой стороны, имеются свидетельства того, что Государства принимали некоторые меры для обеспечения доступа иностранных специалистов. Например, Европейская комиссия в ответ на COVID-19 выпустила набор руководящих принципов, в которых Государствам-членам рекомендовалось упростить пересечение границы медицинскими работниками и обеспечить им беспрепятственную работу в медицинских учреждениях других Государстве-членов.⁵⁴⁷ Большинство стран ОЭСР освободили медицинских работников, которым поступило предложение о работе, от визовых ограничений и/или запретов на поездки. Большинство этих послаблений применялось только к медицинскому персоналу. Однако гуманитарные операции обычно не ограничиваются участием медиков, а включают и другой персонал. Кроме того, результаты Картирования чрезвычайных декретов свидетельствуют о значительной непоследовательности в подходах разных Государств.

Въезд персонала международных организаций также может быть облегчен за счет двусторонних соглашений: например, Лихтенштейн, Швейцария и Австрия, как сообщается, заключили соглашения об оказании взаимной помощи в кризисных ситуациях и при катастрофах,⁵⁴⁸ которые позволили персоналу гуманитарных организаций и групп быстрого реагирования без потери времени въезжать в эти страны в обход любых ограничений

на поездки. Аналогичным образом, у Армении есть договоренность с Ираном и Индонезией о размещении медицинского персонала во время ЧСЗ.⁵⁴⁹ Эти примеры предполагают целесообразность дальнейших исследований, которые помогут изучить условия, в которых существуют такие договоренности, и эффект от более широкого использования таких моделей для содействия перемещению персонала во время будущих ЧСЗ.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

В соответствии с Руководящими принципами МЗРБ законы и/или политики должны, по возможности, отменять визовые требования или значительно ускорять предоставление виз и разрешений на работу работникам оказывающих помощь правомочных гуманитарных организаций.

9.3.3 / Профессиональная квалификация

Одним из препятствий для оказания помощи в случае бедствий, определенных в Руководящих принципах МЗРБ и Контрольном списке ГРБ, является вопрос признания профессиональной квалификации на межфедеральном /межгосударственном уровне. Осознавая важность этой проблемы, ВОЗ выпустила рекомендации о том, каким образом страны могут разрешать медицинским специалистам из других регионов или юрисдикций работать в востребованных областях, а ее Инструмент СВО оценивает Государства по их способности реализовать системы для отправки и приема медицинского персонала во время чрезвычайных ситуаций. Законодательство Европейского союза позволяет признавать профессиональную квалификацию, в частности, врачей, медсестер и ветеринаров на всей территории ЕС.⁵⁵⁰ «Свободное перемещение специалистов» связано не только с ЧСЗ, но применяется и в других экстренных случаях.⁵⁵¹ В США законы о чрезвычайном положении во многих штатах содержат положения о «взаимном признании лицензий», которые обеспечивают признание медицинских лицензий из других штатов (но не иностранных) на ограниченный срок во время объявления чрезвычайной ситуации или бедствия.⁵⁵² Множество новых положений такого рода было за короткое время введено посредством законов о чрезвычайном положении в рамках мер реагирования на COVID-19.⁵⁵³ Хотя вопрос о признании профессиональной квалификации не обозначен в результатах Картирования чрезвычайных декретов, Пандемия COVID-19 показывает, что он весьма актуален для ЧСЗ. Содержащиеся в Руководстве МЗРБ и Контрольном списке ГРБ рекомендации по этой теме крайне актуальны для ЧСЗ, и поэтому приведены здесь.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

В соответствии с Руководящими принципами МЗРБ и Контрольным списком ГРБ законы и/или политики должны предусматривать автоматическое или ускоренное признание квалификаций и лицензий на межгосударственном и/или межфедеральном уровне в случае ЧСЗ или другого бедствия.

9.3.4 / Ограничения на импорт или экспорт товаров и оборудования

В целом во время Пандемии COVID-19 для экспорта и импорта товаров было меньше ограничений, чем для свободы передвижения людей. В результатах Картирования чрезвычайных декретов отражено очень мало примеров ситуаций, когда закрытие границ повлияло на движение товаров и оборудования. Например, Южная Африка закрыла все свои сухопутные границы, но не стала запрещать перевозку топлива и товаров первой необходимости.⁵⁵⁴ Власти Руанды также разрешили прием товаров и грузов, несмотря на закрытие границы,⁵⁵⁵ а Колумбия и Перу дали разрешение на ввоз любого груза.⁵⁵⁶ Почти во всех результатах Картирования чрезвычайных декретов сообщалось об открытых для грузов границах, портах и аэропортах, что почти всегда означало возможность свободно перемещать через границы гуманитарные грузы и оборудование.⁵⁵⁷

Однако одной из проблем стали те товары и оборудование, которые используются для защиты от COVID-19 и его лечения. К примеру, к концу июля 2020 года в результате Пандемии COVID-19 почти 90 Государств ввели экспортные ограничения.⁵⁵⁸ Власти США, например, издали временное правило, запрещающее экспорт определенных товаров и оборудования, включая респираторы, хирургические маски и медицинские перчатки, без прямого разрешения Федерального агентства США по чрезвычайным ситуациям.⁵⁵⁹ Европейский Союз ввел контроль за экспортом СИЗ, используемых врачами и медсестрами, масок и защитных экранов для лица, хирургических



Бангладеш, Кокс-Базар, 2017 г. Финско-норвежский полевой госпиталь в Рабер Гарден, Кутупалонг © Финский Красный Крест

халатов, перчаток и другого оборудования в страны, не входящие в ЕС, требуя наличия специального разрешения.⁵⁶⁰ Подобные ограничения также могут повлиять на транзит товаров через третьи страны.

С другой стороны, ряд инициатив сняли ранее существовавшие ограничения или облегчили перемещение товаров и оборудования. Например, Соглашение ВТО об упрощении процедур торговли (ТФА) содержит положения, содействующие перемещению, пропуску и таможенной очистке товаров и грузов, находящихся в пути. Конференция ООН по торговле и развитию (ЮНКТАД) призвала страны упрощать процедуры торговли.⁵⁶¹ Были сообщения о введенных на региональном уровне инициативах, таких как Система интеграции в Центральной Америке (Sistema de la Integración Centroamericana) для ускорения или облегчения транзита предметов гуманитарной помощи наземным транспортом через все семь центральноамериканских Государств, а также Центральноамериканский протокол для перевозки, транзита и приема гуманитарной помощи.

Одна из трудностей, указанных в результатах Картирования чрезвычайных декретов — это отсутствие централизованного источника информации о различных введенных в действие торговых ограничениях. Сотрудникам, проводившим картирование, иногда было сложно определить, какие ограничения на импорт или экспорт действовали в определенный момент времени. Информация о них периодически публиковалась на законодательном или политическом уровне, но не было уверенности в том, что она всегда актуальна. В отсутствие консолидированных официальных источников информации возник ряд крайне полезных частных инициатив, решавших эту проблему.⁵⁶² Всемирная таможенная организация публиковала регулярно обновляемый список Государств, принявших временные меры по ограничению экспорта товаров медицинского назначения в ответ на COVID-19.⁵⁶³ Очевидно, что гуманитарным организациям необходимо иметь доступ к последней информации о любых экспортных ограничениях. Создание постоянной базы данных может оказаться нецелесообразным, поскольку меры контроля за импортом и экспортом указанного типа, как правило, принимаются спонтанно в ответ на конкретные чрезвычайные ситуации. Тем не менее, предоставление информации о мерах контроля за экспортом и импортом представляется важнейшим инструментом, который, вероятно, не должен передаваться в частные руки.



РЕКОМЕНДАЦИЯ

1. Государствам следует и далее гарантировать, чтобы законы и/или политики, предусматривающие закрытие границ в ответ на ЧСЗ, не ограничивали трансграничное перемещение товаров и оборудования для оказания помощи.
2. Государства могут начать контролировать экспорт определенных предметов снабжения во время ЧСЗ с целью удовлетворения потребностей своего населения, однако им следует освободить гуманитарные организации от любых ограничений, которые могут не позволить последним импортировать или экспортировать товары и оборудование, предназначенные для оказания помощи.
3. Государствам следует разработать эффективные законы и политики для облегчения трансграничного перемещения гуманитарных товаров и оборудования для международных операций по ликвидации бедствий на основе Руководящих принципов МЗРБ и, в частности, Руководящего принципа 17 (товары и оборудование) и 18 (товары и оборудование).
4. На случай будущих ЧСЗ необходимо принять определенные меры (исходя из примеров, включенных в базу данных Всемирной таможенной организации в период Пандемии COVID-19) в целях предоставления актуальной информации о применяемых по всему миру мерах контроля за импортом и экспортом.

9.3.5 / Налоги и тарифы

Руководящие принципы МЗРБ и Контрольный список ГРБ рекомендуют освобождать правомочные гуманитарные организации, оказывающие помощь, от налогов на добавленную стоимость и других сборов и пошлин, непосредственно связанных с оказанием помощи при бедствиях.⁵⁶⁴ В контексте COVID-19 эта рекомендация, по-видимому, соблюдалась в ряде Государств, охваченных Картированием чрезвычайных декретов, особенно в отношении импорта СИЗ и фармацевтических продуктов. Например, правительство ДР Конго освободило импорт и продажу фармацевтических продуктов, а также медицинских материалов и оборудования, связанных с пандемией, от всех пошлин, налогов и сборов.⁵⁶⁵ Сингапур освободил перечисленные импортируемые товары, связанные с COVID-19, от уплаты таможенных пошлин.⁵⁶⁶ Правительство Китая также освободило от пошлин материалы и товары, импортируемые непосредственно Министерством здравоохранения в целях профилактики и контроля Пандемии COVID-19. Оно также расширило масштабы освобождения от импортных пошлин, налога на добавленную стоимость и потребительского налога товаров, передаваемых безвозмездно в целях профилактики и контроля заболеваний.⁵⁶⁷ Венесуэла также отменила налог на добавленную стоимость для любого импорта необходимых для производства лекарств материалов, полимеров, запасных частей для машин и холодильного оборудования, а также определенных продуктов питания.⁵⁶⁸



РЕКОМЕНДАЦИЯ

В соответствии с Руководящими принципами МЗРБ и Контрольным списком ГРБ Государства должны освобождать правомочные (как национальные, так и международные) гуманитарные организации, оказывающие помощь, от налогов и сборов, непосредственно связанных с их деятельностью по реагированию на ЧСЗ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ВОПРОСЫ ПО КАРТИРОВАНИЮ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ДЕКРЕТОВ

1. Существует ли координация между государственными и негосударственными субъектами, например, через национальный механизм реагирования на чрезвычайные ситуации?
2. Есть ли упоминание о роли Красного Креста (КК) или других гуманитарных организаций? В каких областях/секторах? Какие обязанности возлагаются на КК?
3. Существуют ли исключения из ограничений на поездки, облегчающие пересечение границ сотрудниками КК/групп по оказанию гуманитарной помощи и/или других служб поддержки? Какие существуют карантинные требования или другие условия (и существуют ли вообще)?
4. Существуют ли исключения из правил карантина, комендантского часа и других ограничений на передвижение, которые позволяют сотрудникам КК/гуманитарных организаций получить доступ к уязвимым группам населения (в том числе для предоставления психосоциальной или немедицинской помощи)?
5. Были ли внедрены какие-либо специальные юридические возможности или исключения для ввоза медицинской помощи или других гуманитарных предметов, либо въезда персонала (в рамках Международного законодательства о реагировании на бедствия)? Какие существуют карантинные требования или другие условия (и существуют ли вообще)?
6. Классифицируются ли КК (или другие гуманитарные организации) как «важнейшие» или «чрезвычайные» службы с точки зрения освобождения от ограничений на деловые операции и время работы?
7. Какие еще меры предусмотрены декретами о чрезвычайном положении? (для государственных структур, для сообществ, для медицинских работников и т.д.).
8. Были ли приняты или введены де-факто ограничения, запрещающие экспорт защитного медицинского оборудования?

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ВОПРОСЫ ПО КАРТИРОВАНИЮ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Правовая и институциональная структура для чрезвычайных ситуаций в сфере общественного здравоохранения

1. Подготовьте список основных законов, политик, стратегий и планов, касающихся чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения (включая пандемии или эпидемии). Для каждого инструмента:
 - a. укажите название и дату инструмента;
 - b. определите основные сферы, для которых он предназначен;
 - c. предоставьте официальную копию инструмента и, если возможно, перевод на английский язык.
2. Подготовьте список основных законов, политик, стратегий и планов, касающихся других типов чрезвычайных ситуаций/бедствий (например, наводнение, землетрясение, разлив химических веществ, прорыв плотин, цунами и т.д.). Для каждого инструмента:
 - a. укажите название и дату инструмента;
 - b. определите основные сферы, для которых он предназначен;
3. предоставьте официальную копию инструмента и, если возможно, перевод на английский язык. Обладает ли правительство специальными полномочиями для реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения? Если да:
 - a. Каковы полномочия правительства?
 - b. Какие государственные органы могут осуществлять данные полномочия?
 - c. При каких обстоятельствах могут быть реализованы данные полномочия?
4. В каком законе содержатся данные полномочия? (например, Конституция, Декрет о чрезвычайном положении, Закон об общественном здравоохранении, Закон об управлении бедствиями, комбинация вышеперечисленного) Обладает ли правительство специальными полномочиями для реагирования на другие типы бедствий/чрезвычайных ситуаций? Если да:
 - a. Каковы полномочия правительства?
 - b. Какие государственные органы могут осуществлять данные полномочия?
 - c. При каких обстоятельствах могут быть реализованы данные полномочия?
 - d. В каком законе содержатся данные полномочия? (например, Конституция, Декрет о чрезвычайном положении, Закон об общественном здравоохранении, Закон об управлении бедствиями, комбинация вышеперечисленного)
5. Какие государственные и негосударственные субъекты определены законом как ответственные за реагирование на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения? Перечислите все соответствующие субъекты и опишите их роли и обязанности (отраженные в соответствующих законах, политиках, стратегиях или планах)

6. Какие государственные и негосударственные субъекты определены законом как ответственные за реагирование на другие типы чрезвычайных ситуаций/бедствий? Перечислите все соответствующие субъекты и опишите их роли и обязанности (отраженные в соответствующих законах, политиках, стратегиях или планах).
7. Существует ли механизм координации для субъектов, участвующих в реагировании на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения? Если да:
 - a. Кто включен в координационный механизм?
 - b. Какой правительственный орган осуществляет общее руководство и контроль над мерами реагирования?
8. Есть ли механизм координации для субъектов, которые участвуют в реагировании на другие типы чрезвычайных ситуаций/бедствий? Если да:
 - a. Кто включен в координационный механизм?
 - b. Какой правительственный орган осуществляет общее руководство и контроль над мерами реагирования?
9. Какова роль Национального управления по борьбе с бедствиями/Управления гражданской обороны (или его эквивалента) при чрезвычайных ситуациях в сфере общественного здравоохранения? Как она соотносится с его ролью при других типах чрезвычайных ситуаций/бедствий?
10. Какова роль Министерства здравоохранения при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения? Как она соотносится с его ролью при других типах чрезвычайных ситуаций/бедствий?
11. Требуется ли закон от правительства уведомлять Всемирную организацию здравоохранения о любом событии, которое может представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение?

Правовые и институциональные структуры для борьбы с COVID-19

12. Подготовьте список основных юридических инструментов и политик, которые правительство использует для реагирования на пандемию COVID-19. Для каждого инструмента:
 - a. укажите название и дату инструмента;
 - b. укажите, существовал ли он до пандемии COVID-19 или был создан в качестве ответной меры;
 - c. определите основные сферы, для которых он предназначен;
13. предоставьте официальную копию документа и, если возможно, перевод на английский язык. Использует ли правительство специальные чрезвычайные полномочия для реагирования на пандемию COVID-19? Если да:
 - a. Каковы полномочия правительства?
 - b. Какие государственные органы осуществляют данные полномочия?
 - c. В каком законе содержатся данные полномочия? (например, Конституция, Декрет о чрезвычайном положении, Закон об общественном здравоохранении, Закон об управлении бедствиями, комбинация вышеперечисленного)

ПРИМЕЧАНИЕ. Отвечая на вопросы с 14 по 26 ниже, по возможности дополните информацию о COVID-19 данными о еще одной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, которая затронула вашу страну (например, вспышка вируса Зика, Эбола, тяжелый острый и ближневосточный респираторные синдромы, корь).

Мобильность населения

14. Привела ли Пандемия COVID-19 или какая-либо другая чрезвычайная ситуация в сфере общественного здравоохранения в вашей стране к закрытию границ или введению ограничений на поездки? Если да, то предусматривали ли меры по закрытию границ или ограничению поездок исключения для просителей убежища?
15. Привела ли Пандемия COVID-19 или какая-либо другая чрезвычайная ситуация в сфере общественного здравоохранения в вашей стране к изменениям в содержании или применении законов, регулирующих положение просителей убежища и беженцев? Если да, то к каким изменениям?

Например: приостановка предоставления убежища и других процедур; принудительное возвращение на границу; отказ принимать лиц, ищущих международной защиты; высылка беженцев и просителей убежища; прекращение поиска и спасения на море; отказ в высадке спасенных в море лиц на территории страны.

16. Привела ли Пандемия COVID-19 или какая-либо другая чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения к изменениям в механизмах миграции в вашей стране?

Пример: мигранты, желающие репатриироваться в связи с ситуацией в области общественного здравоохранения в стране, или, напротив, мигранты, желающие избежать репатриации по истечению срока их визы из-за ситуации в области общественного здравоохранения в их стране.

17. Если вы ответили на 16-й вопрос «Да», то были ли случаи, когда правительство осуществляло или принимало законы или политики в поддержку:

- a. репатриации мигрантов, желающих вернуться в свою страну;
- b. продолжения пребывания мигрантов, которые не желали возвращаться в свою страну?

Убежища и жилье

18. Привел ли COVID-19 или какая-либо другая чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения в вашей стране к тому, что люди потеряли или рисковали потерять свое жилье? Если да, то были ли случаи, когда правительство осуществляло или принимало законы или политики, чтобы помочь людям в этой ситуации?

Например: мораторий на выселение; приостановка или замораживание арендных или ипотечных платежей; временное размещение в чрезвычайной ситуации

19. Во время COVID-19 или любой другой чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в вашей стране, были ли случаи, когда правительство осуществляло или принимало законы или политики, призванные помочь бездомным и жителям неформальных поселений соблюдать санитарные меры (например, мытье рук, использование противомоскитных сеток, самоизоляция на дому)?

Защита уязвимых групп населения

20. Привел ли COVID-19 или какая-либо другая чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения в вашей стране к массовой утрате источников доходов? Если да, были ли случаи, когда правительство осуществляло или принимало законы или политики по оказанию финансовой помощи людям, потерявшим источник средств к существованию? Или, наоборот, по предотвращению утраты источников средств к существованию?

21. Привела ли Пандемия COVID-19 или какая-либо другая чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения в вашей стране к экономическому спаду? Если да, были ли случаи, когда правительство осуществляло или принимало законы или политики, чтобы:

- a. оказывать финансовую помощь находящимся в затруднительном положении предприятиям;
- b. временно смягчить или приостановить действие законов о несостоятельности/банкротстве?

Могут ли такие законы или политики применяться к Национальному обществу Красного Креста/Красного Полумесяца вашей страны или другим некоммерческим организациям?

- 22.** Имели ли мигранты (в том числе незарегистрированные мигранты) законное право на доступ к программам здравоохранения и государственной помощи во время Пандемии COVID-19 или любой другой чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в вашей стране? Если да, то имели ли они те же права, что и граждане/резиденты?
- 23.** Сталкивались ли внутренне перемещенные лица (ВПЛ) с прямой или косвенной дискриминацией при доступе к медицинской помощи и другим формам поддержки во время COVID-19 или любой другой чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в вашей стране?
- 24.** Привела ли пандемия COVID-19 или какая-либо другая чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения в вашей стране к увеличению количества случаев домашнего насилия и/или проблемам с защитой детей? Если да, решалась ли эта проблема путем расширения существующих систем или введения новых законов или политик?
- 25.** Во время Пандемии COVID-19 или любой другой чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в вашей стране, были ли случаи, когда правительство осуществляло или принимало законы или политики для защиты людей, особенно восприимчивых к соответствующему заболеванию? (например, пожилых людей в случае COVID-19; женщин детородного возраста в случае вируса Зика).
- 26.** Во время пандемии COVID-19 или любой другой чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в вашей стране были ли случаи, когда правительство осуществляло или принимало законы или политики для обеспечения постоянного доступа пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями к услугам здравоохранения, другим основным услугам и предметам первой необходимости (например, к продуктам питания, медикаментам)?
- 27.** Применялась ли во время пандемии COVID-19 «политика определения приоритетов» для распределения аппаратов ИВЛ среди пациентов? Если да, какой орган разработал политику приоритетов? Какие пациенты получили приоритетный доступ к аппаратам ИВЛ?
- 28.** Во время пандемии COVID-19 или любой другой чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в вашей стране, были ли случаи, когда правительство осуществляло или принимало законы или политики для смягчения последствий нарушения процесса школьного образования для учащихся и обеспечения безопасных мест для детей, подвергающихся риску жестокого обращения или отсутствия заботы дома?
- 29.** Были ли группы людей, которые сталкивались с неофициальными препятствиями при доступе к информации, медицинскому обслуживанию и другой помощи во время пандемии COVID-19 или любых других чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения в вашей стране? Например: языковые барьеры; культурные барьеры; невозможность физического доступа к услугам.
- 30.** Если будет разработана эффективная вакцина против COVID-19, существуют ли какие-либо законы или политики, которые могут:
- a.** поддержать или гарантировать доступность вакцины для всех людей, независимо от таких факторов, как финансовые возможности, миграционный статус, возраст, раса и т.д.;
 - b.** ввести обязательную вакцинацию или ее сделать необходимым условием для посещения места работы или учебы?

КОНЦЕВЫЕ СНОСКИ

- 1 <<https://www.undrr.org/terminology/disaster>>.
- 2 <<https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk>>.
- 3 <<https://www.undrr.org/terminology/disaster>>.
- 4 В этом Отчете используется определение УРБ, принятое сетью МФОКК и КП (см. <https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2020/04/DRM_policy_Final_EN.pdf>). Определение УСРБ ООН немного отличается: «Управление рисками бедствий» представляет собой применение политик и стратегий по снижению рисков бедствий для предотвращения новых рисков, снижения существующих рисков и управления остаточными рисками бедствий, что способствует повышению устойчивости и сокращению потерь. Действия по управлению рисками бедствий можно разделить на следующие категории: управление потенциальными рисками бедствий, корректирующее управление рисками бедствий и компенсационное управление рисками бедствий (также называемое управлением остаточными рисками): <<https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk-management>>.
- 5 <<https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk>>.
- 6 ВОЗ, Определения: чрезвычайные ситуации <<https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>>.
- 7 ММСП, Статья 5(1) и Приложение 1.
- 8 ММСП, Статья 13 (1).
- 9 ВОЗ, Что такое «Единое здоровье»? 21 сентября 2017 г. <<https://www.who.int/news-room/qa-detail/one-health>>.
- 10 ВОЗ, «Что такое пандемия?» 24 февраля 2010 г. <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequent_asked_questions/pandemic/en/>.
- 11 ВОЗ, «Меры общественного здравоохранения для массовых собраний: ключевые соображения», 2015 г. <https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2015.5/en/>.
- 12 ВОЗ, Определения: чрезвычайные ситуации <<https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>>. В опубликованном определении используется слово «объекты» (facilities). Однако вместо этого в определении должно быть выражение «смертельные случаи» (fatalities).
- 13 <<https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>>.
- 14 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Информационная панель ВОЗ по коронавирусной инфекции (COVID-19), <<https://covid19.who.int>> (Доступ с 1 апреля 2021 г.).
- 15 МФОКК и КП, Руководство по содействию и регулированию страной международной помощи при бедствиях и поддержке в первоначальном восстановлении (Руководящие принципы МЗРБ) (2007) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1327>> ; МФОКК и КП, Контрольный список по содействию и регулированию международной помощи при бедствиях и поддержке в первоначальном восстановлении (Контрольный список МЗРБ) (2017) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1325>>.
- 16 МФОКК и КП, Действующий закон и регламент в отношении снижения риска бедствий: многострановой отчет (МФОКК и КП, ПРООН, 2014 г.) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1372>> ; и МФОКК и ПРООН, Контрольный список для законодательства и снижения риска бедствий (2015) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1354>>.
- 17 МФОКК и КП, Законодательство, готовность к стихийным бедствиям и реагирование на них: многострановой сводный отчет (2019) (Отчет о ГРБ) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1302>> ; и МФОКК и КП, Контрольный список для законодательства, подготовки к бедствиям и реагированию на них (Контрольный список ГРБ) (2019) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1287>>.
- 18 ВОЗ, «Что такое Международные медико-санитарные правила?» <<https://www.who.int/news-room/qa-detail/emergencies-international-health-regulations-and-emergency-committees>>.
- 19 Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015-2030 годы (Сендайская рамочная программа), Документы ООН. A/CONF.224/CRP.1 <https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordren.pdf>.
- 20 Бангкокские принципы реализации аспектов здравоохранения Сендайской рамочной программы по снижению риска бедствий на 2015-2030 годы (Бангкокские принципы) <https://www.preventionweb.net/files/47606_bangkokprinciplesfortheimplementati.pdf> .
- 21 Совет по мониторингу глобальной готовности, «Мир в замешательстве: годовой отчет Совета по мониторингу глобальной готовности за 2020 год», ВОЗ, 2020 г., предисловие, стр. 3 <https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_AR_2020_EN.pdf>.
- 22 Совет по мониторингу глобальной готовности, «Мир под угрозой: годовой отчет о глобальной готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения», ВОЗ, 2019 г., предисловие, стр. 6 <https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_English.pdf>.
- 23 Отчет о ГРБ, главы 7, 8 и 9.
- 24 См. результаты картирования ЧСЗ для Соединенного Королевства за 4 кв.: Национальный реестр рисков гражданских чрезвычайных ситуаций (издание 2017 г.) <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/644968/UK_National_Risk_Register_2017.pdf>.
- 25 МРГОС (OEIWG), «Отчет межправительственной экспертной рабочей группы открытого состава по показателям и терминологии, относящимся к снижению риска бедствий», 71-я сессия ГА ООН, документы ООН. A/71/644 <https://www.preventionweb.net/files/50683_oiwegreportenglish.pdf>.
- 26 Комиссия международного права, «Проект статей о защите людей в случае бедствия». Определение «бедствия» — это «катастрофическое событие или серия событий, приведшие к массовой гибели людей, огромным человеческим страданиям и лишениям, или крупномасштабному материальному или экологическому ущербу, и тем самым нарушившие функционирование общества», Проект статьи 3, документы ООН A/69/10.
- 27 ВОЗ, Определения: Чрезвычайные ситуации <<https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>>. В опубликованном определении используется слово «объекты» (facilities). Однако вместо этого в определении должно быть выражение «смертельные случаи» (fatalities). <<https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>>.
- 28 Например, в Глоссарии ВОЗ по технологиям управления рисками чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и рисками бедствий ЧСЗ определяется как «событие или неминуемая угроза определенного типа, вызывающие или способные вызвать ряд последствий для здоровья и требующие скоординированных действий, обычно безотлагательных и часто — нестандартных. Примечание. Чрезвычайная ситуация в области здравоохранения может создать значительный риск масштабной заболеваемости или смертности в сообществе».
- 29 ВОЗ, Определения: чрезвычайные ситуации <<https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>>.
- 30 ВОЗ, «Что такое пандемия?» 24 февраля 2010 г. <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequent_asked_questions/pandemic/en/>.
- 31 ВОЗ, «Меры общественного здравоохранения для массовых собраний: ключевые соображения», 2015 г. <https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2015.5/en/>.
- 32 BBC, «Китайская бубонная чума: ВОЗ осуществляет мониторинг ситуации, но заявляет об отсутствии «высокого риска», 7 июля 2020 г. <<https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-china-53325988>>.

- 33 Марк Хонигсбаум, «Век пандемий» (Penguin, 2020 г.).
- 34 ВОЗ, Информационный бюллетень по заболеванию, вызванному вирусом Эбола, 10 февраля 2020 г. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>>.
- 35 ВОЗ, «Вспышка Эболы в Демократической Республике Конго объявлена чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение», 17 июля 2019 г. <<https://www.who.int/news-room/detail/17-07-2019-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-a-public-health-emergency-of-international-concern>>.
- 36 ВОЗ, «Объявлено об окончании 10-й вспышки лихорадки Эбола в Демократической Республике Конго; необходимо сохранять бдительность в отношении новых обострений и продолжать поддержку выживших», 25 июня 2020 г. <<https://www.who.int/news-room/detail/25-06-2020-10th-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-over-vigilance-against-flare-ups-and-support-for-survivors-must-continue>>.
- 37 ВОЗ, Коронавирус Ближневосточного респираторного синдрома (БВРС-КоВ), 11 марта 2019 г. <[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))>.
- 38 Милан Брамбхатт и Ариндам Датта, «Об экономических последствиях ТОРС во время вспышек инфекционных заболеваний», Рабочий документ Всемирного банка по исследованию политики 4466, январь 2008 г., стр. 5 <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/pdf/wps4466.pdf>>.
- 39 <<https://www.who.int/csr/don/archive/year/2018/en/>>.
- 40 <<https://www.who.int/csr/don/archive/year/2019/en/>>.
- 41 <<https://www.who.int/csr/don/archive/year/2018/en/>>.
- 42 Центр по контролю и профилактике заболеваний <<https://www.cdc.gov anthrax/bioterrorism/index.html>>.
- 43 Применение биологического оружия регулируется такими международными документами, как Конвенция о запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического (биологического) и токсинного оружия и об их уничтожении (КБТО), а также конвенциями, касающимися терроризма. Хотя КБТО предусматривает, что одни Государства могут оказывать помощь другим Государствам, подвергающимся опасности в результате нарушения Конвенции, существует ограниченное положение, касающееся управления таким инцидентом.
- 44 Однако могут возникнуть обстоятельства, когда, например, не связанная с нарушением чрезвычайная ситуация ограничит возможности по профилактике или лечению и вызовет эпидемию.
- 45 См. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>>.
- 46 См. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>>.
- 47 ВОЗ, «Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам», 2015 г. <<https://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/en/>>.
- 48 ГА ООН, Политическая декларация заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам, 71-я сессия ГА ООН, 5 октября 2016 г., Документы ООН. A/RES/71/13 <<https://digitallibrary.un.org/record/845917>>.
- 49 Картирование ЧСЗ в Нигерии, кв.1: параграф 11 относится к Плану действий по УПП, который интегрирован в нигерийский Национальный план действий по защите здоровья.
- 50 См., например, BBC, «COVID-19: Мировые лидеры призывают к заключению международного соглашения о борьбе с пандемией», 30 марта 2021 г. <<https://www.bbc.co.uk/news/uk-56572775>>.
- 51 Организация Объединенных Наций, «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года», Документы ООН. A/RES/70/1 <<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>>.
- 52 ЦУР, Задача 3.d.
- 53 ЦУР, Задача 3.3.
- 54 ЦУР, Задача 3.8.
- 55 ЦУР, Задача 3.b.
- 56 Рамочная программа Глобальной повестки дня в области обеспечения безопасности здоровья на период до 2024 года <<https://ghsagenda.org/wp-content/uploads/2020/06/ghsa2024-framework.pdf>>.
- 57 Там же, стр. 3.
- 58 Там же, стр. 5.
- 59 Там же, Приложение 7.
- 60 Там же, стр. 5.
- 61 Там же, стр. 5.
- 62 Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015-2030 годы, Документы ООН. A/CONF.224/CRP.1; <https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordren.pdf>.
- 63 Там же.
- 64 Краткое описание взаимосвязи между Сендайской рамочной программой и общественным здравоохранением см. УСРБ ООН, «Информационный бюллетень: Здоровье в контексте Сендайской рамочной программы по снижению риска бедствий» <http://towardsasafeworld.org/sites/default/files/150901_Sendai_Health_Factsheet-UNISDR.pdf>.
- 65 Бангкокские принципы реализации аспектов здравоохранения Сендайской рамочной программы по снижению риска бедствий на 2015-2030 годы (Бангкокские принципы) <https://www.preventionweb.net/files/47606_bangkokprinciplesfortheimplementati.pdf>.
- 66 Бангкокские принципы, Принцип 1.
- 67 Там же, Принцип 2.
- 68 Там же, Принцип 7.
- 69 33-я Международная конференция Красного Креста и Красного Полумесяца, Резолюция 3, «Время действовать: совместная борьба с эпидемиями и пандемиями», 9-12 декабря 2019 г. (Резолюция 3, 33-я Международная конференция), 33IC/19/R3 <https://rcrcconference.org/app/uploads/2019/12/33IC_R3-Epidemic_Pandemic-resolution-adopted-ENing-CLEAN-EN.pdf>.
- 70 ГА ООН, Резолюция о всеобъемлющих и скоординированных мерах реагирования на пандемию коронавирусного заболевания (COVID-19), 10 сентября 2020 г., UNDOCS A/74/L.92 <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N20/231/11/PDF/N2023111.pdf?OpenElement>>.
- 71 73-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Резолюция о противодействии COVID-19, 19 мая 2020 г., WHA73.1 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf>.
- 72 Резолюция Совета Безопасности ООН №2532 (2020), 1 июля 2020 г. <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N20/169/84/PDF/N2016984.pdf?OpenElement>>.

- 73 Там же, резолюция 7(1).
- 74 Там же, резолюция 7(2).
- 75 Там же, резолюция 7(3).
- 76 ММСП, Статья 44.
- 77 «Защита человечества от будущих кризисов в области здравоохранения», доклад Группы высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения, А/70/723, 9 февраля 2016 г., <<https://digitallibrary.un.org/record/822489>>.
- 78 Решение Европейского парламента и Совета ЕС №1082/2103 от 22 октября 2013 г. о серьезных трансграничных угрозах здоровью <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02013D1082-201311105>>.
- 79 Ассоциация государств Юго-Восточной Азии (АСЕАН), 2010 г., Соглашение АСЕАН по управлению рисками бедствий и реагированию на чрезвычайные ситуации. <https://asean.org/?static_post=the-asean-agreement-on-disaster-management-and-emergency-response>.
- 80 Решение Европейского парламента и Совета ЕС №1313/2013/EU от 17 декабря 2013 года о механизме гражданской защиты Союза <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013D1313&from=en>>.
- 81 Соглашение об экстренном реагировании на бедствия в Карибском бассейне от 2008 г. <https://www.jus.uio.no/english/services/library/treaties/13/13-02/caricom_disaster.xml>.
- 82 Картирование ЧСЗ в Самоа, 1 квартал.
- 83 Картирование ЧСЗ в Тувалу, 1 квартал (1)(с).
- 84 <<https://www.carpha.org>>.
- 85 Соглашение об учреждении Карибского агентства по вопросам общественного здравоохранения, июнь 2011 г. <https://www.carpha.org/Portals/0/Documents/CARPHA_IGA.pdf>.
- 86 Международные санитарные правила: Материалы Специального комитета и Четвертой Всемирной ассамблеи здравоохранения по Правилам ВОЗ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85636/Official_record37_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 87 <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96616/9241580070.pdf?sequence=1>>.
- 88 Ссылки в данном Отчете относятся к 3-му изданию. <<https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>>.
- 89 ММСП, Статья 2.
- 90 ММСП, Статья 47.
- 91 ММСП, Статья 48.
- 92 ММСП, Статья 50.
- 93 ММСП, Статья 51.
- 94 ММСП, Статья 12
- 95 ММСП, Статья 15.
- 96 ММСП, Статья 1 (1).
- 97 ММСП, Статья 12
- 98 ММСП, Статья 6.
- 99 ММСП, Статья 10.
- 100 ММСП, Статьи 10(4) и 11.
- 101 ММСП, Статья 13.
- 102 ММСП, Статья 15.
- 103 ММСП, Статья 15(2).
- 104 ММСП, Статья 18.
- 105 ММСП, Статьи 19–41.
- 106 ММСП, Статья 23(1).
- 107 ММСП, Статья 28.
- 108 ММСП, Статьи 30–32.
- 109 Для подробного рассмотрения основных возможностей и недостатков их реализации см. Джулио Бартолини, «Несостоятельность «Основных возможностей», Международные медико-санитарные правила ВОЗ», ICLQ, том 70, январь 2021 г., стр. 233–250 (Бартолини).
- 110 ММСП, Статья 5(1) и Приложение 1.
- 111 ММСП, Статья 13 (1).
- 112 ММСП, Статьи 5(2) и 13(2).
- 113 См., например, Годовой отчет ВОЗ о внедрении Международных медико-санитарных правил (2005 г.), Отчет Генерального директора (18 мая 2016 г.) А69/20 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-en.pdf>.
- 114 ММСП, Статья 4(1).
- 115 ММСП, Статья 22(1)(h).
- 116 ММСП, Статья 22(1)(i).
- 117 ММСП, Статья 6.
- 118 ММСП, Статья 13(5).
- 119 ММСП, Статья 44.
- 120 ММСП, Статья 3(1).
- 121 ММСП, Статья 54(1).
- 122 Отчет Комитета ММСП по обзору о функционировании Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи с пандемией (H1N1) 2009 г. (Обзор H1N1), 5 мая 2011 г., А64/10 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1>.
- 123 Отчет Комитета ММСП по обзору о втором продлении сроков создания национального потенциала в сфере общественного здравоохранения и внедрения ММСП, 16 января 2015 г., EB136/22 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-en.pdf>.
- 124 Отчет Комитета по обзору о роли Международных медико-санитарных правил (2005) в борьбе со вспышкой вируса Эбола и мерах реагирования (Обзор вспышки вируса Эбола), 13 мая 2016 г. <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1>.

- 125 Отчет Группы по промежуточной оценке Эболы, июль 2015 г. < <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf> >.
- 126 Доклад Комитета по обзору о функционировании Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в ходе реагирования на COVID-19 <<https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>>.
- 127 См., например: ВОЗ, «Работа ВОЗ при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения: укрепление глобального потенциала ВОЗ в сфере готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них», 16 января 2021 г., EB 148/18 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_18-en.pdf>; и вступительное слово Генерального директора ВОЗ на вступительной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, 4 декабря 2020 г. <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-united-nations-general-assembly-special-session--4-december-2020>>.
- 128 Группа по промежуточной оценке Эболы, Сводный отчет, стр. 5.
- 129 Обзор гриппа А H1N1, стр. 12.
- 130 Обзор Эболы, стр. 9.
- 131 Обзор H1N1, Обобщенные выводы 1; Обзор Эболы, стр. 9; Группа по промежуточной оценке Эболы, стр. 5.
- 132 Там же, Обобщенные выводы 3.
- 133 Обзор Эболы, стр. 9.
- 134 «Защита человечества от будущих кризисов в области здравоохранения», доклад Группы высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения, A/70/723, 9 февраля 2016 г. < <https://digitalibrary.un.org/record/822489> >.
- 135 Там же, стр. 14.
- 136 Там же, стр. 8.
- 137 Там же, стр. 9.
- 138 Там же, Рекомендация 1, стр. 12.
- 139 Там же, п.98.
- 140 Там же, Рекомендация 3, стр. 13.
- 141 См. <<https://extranet.who.int/sph/ihrmf>>.
- 142 ВОЗ, «Руководство по проведению внутреннего анализа ситуации с COVID-19 на страновом уровне» («IAR»), 23 июля 2020 г. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1>.
- 143 <<https://extranet.who.int/sph/spar>>.
- 144 ВОЗ, «Руководящий документ по применению инструмента для создания ежегодной отчетности по самооценке Государствами-участниками», стр. 15 <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272438/WHO-WHE-CPI-2018.17-eng.pdf;jsessionid=ECA8BD371E2BD6DF6C0F6D0D17D4C242?sequence=1>>.
- 145 Там же. Оценка по показателю «Законодательный и финансовый потенциал» в среднем по миру составила 62% в 2018 году и 67% в 2019 году. В 2019 г. оценка этого потенциала в разбивке по регионам ВОЗ составила: 43% в Африканском регионе ВОЗ, 74% в Американском регионе, 64% в Регионе Восточного Средиземноморья, 80% в Европейском регионе, 67% в Юго-Восточной Азии и 74% в Регионе Западной части Тихого океана: <<https://extranet.who.int/e-spar>>.
- 146 ВОЗ, «Инструмент совместной внешней оценки: Международные медико-санитарные правила (2005 г.)» (второе издание, 2018 г.) <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259961/9789241550222-eng.pdf?sequence=1>>.
- 147 Там же, стр. 14.
- 148 ВОЗ, «Контрольные показатели ВОЗ для возможностей Международных медико-санитарных правил (ММСП) (2019 г.)» <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311158/9789241515429-eng.pdf?sequence=1>>.
- 149 Там же, стр. 7.
- 150 Там же.
- 151 Там же, Контрольный показатель 1.
- 152 Целевая группа по глобальным кризисам в области здравоохранения, Заключительный отчет; <<https://www.un.org/en/pdfs/Final%20Report.Global%20Health%20Crises%20Task%20Force.pdf>>.
- 153 Там же, стр. 3.
- 154 < <https://www.who.int/ihr/procedures/health-security-national-action-plan/en/> >.
- 155 ВОЗ, НПДБЗ для всех: страновое руководство по внедрению национального плана действий по обеспечению безопасности в области здравоохранения (НПДБЗ), 2019 г. < https://www.who.int/ihr/publications/country_implementation_guide_for_naphs/en/ >.
- 156 ВОЗ, Структура управления рисками чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и бедствий, 2019 г. < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106> >.
- 157 < https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.2/en/ >.
- 158 < https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.4.4/en/ >.
- 159 < https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.3/en/ >.
- 160 ВОЗ, ММСП: Краткое введение, стр. 8.
- 161 Там же, стр. 8 и 9.
- 162 Бартолини, стр. 233.
- 163 ВОЗ, «Годовой отчет о внедрении Международных медико-санитарных правил (2005 г.)» A73/14 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_14-en.pdf>.
- 164 Стефания Негри, «Контроль за инфекционными заболеваниями», под редакцией Жана Лука Бурси и Бриджит Тобес (ред.), Справочник по исследованию глобального права в области здравоохранения (Эдвард Элгар, 2018).
- 165 Комитет по обзору H1N1 охарактеризовал отсутствие принудительных санкций как «самый важный структурный недостаток ММСП... Например, если власти страны не могут объяснить, почему они приняли более жесткие ограничительные меры в отношении передвижения и торговли, чем это рекомендуется ВОЗ, никаких юридических последствий не последует»: Комитет по обзору H1N1, параграф 24.
- 166 ВОЗ уже учредила Комитет по обзору и Независимую группу по обеспечению готовности к пандемии и ответным мерам для оценки мер реагирования на COVID-19 в глобальном масштабе: см. Резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA73.1 (73-я сессия, 19 мая 2020 г.) <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf>; также см. «Доклад Комитета по обзору о функционировании Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в рамках мер реагирования на COVID-19» <<https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19/>>; и «Объявление независимой оценки глобальных мер реагирования на COVID-19» (ВОЗ, 9 июля 2020 г.); <<https://www.who.int/news/item/09-07-2020-independent-evaluation-of-global-covid-19-response-announced>>.

- 167 Нехватка финансов, в том числе отсутствие соответствующего международного режима финансирования или возможности предложить Государствам стимулы для внедрения ММСП, также упоминались как факторы, затрудняющие внедрение Государствами ММСП. Однако, поскольку при картировании ЧСЗ этот вопрос не рассматривается, в Отчете нет подробного рассмотрения вопроса финансирования реализуемых мер.
- 168 См. Раздел 3.3.5.
- 169 Бартолини, стр. 239-240.
- 170 В 2018 году отчеты представило 191 Государство. В 2019 году это число упало до 166 (или 84%), но это могло быть связано с воздействием пандемии COVID-19: см. Годовой отчет ВОЗ о выполнении Международных медико-санитарных правил (2005 г.) (Годовой отчет о ММСП 2020 г.), 12 мая 2020 г. A73/14, пар. 9 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_14-en.pdf>.
- 171 Бартолини, стр. 244.
- 172 Там же, стр. 247; и см. Совет по мониторингу глобальной готовности, Мир в замешательстве, стр. 43.
- 173 См., Например, Дж.Х. Осбел и Д.Г. Виктор, «Подтверждение международных соглашений», Ежегодный обзор энергетики и окружающей среды 17: 1-43 1992 Рокфеллеровский Университет <<https://phe.rockefeller.edu/publication/verification-international-environmental-agreements/>>.
- 174 Международная конвенция по охране человеческой жизни на море 1974 г., 1184 UNTS 3; Международная конвенция по предотвращению загрязнения с судов 1973/1978, 1340 UNTS 16; Международная конвенция по обмеру судов 1969 г., 1291 UNTS 3; Международная конвенция о грузовой марке 1966 года, 640 UNTS 133; Международная конвенция о подготовке и дипломировании моряков и несении вахты 1978 г., 1361 UNTS 2; и Международные правила предупреждения столкновений судов в море 1972 г., 1050 UNTS 16.
- 175 III Кодекс, Преамбула.
- 176 ИМО, Руководство аудитора для методики аудита в Государствах-членах ИМО, раздел 12.
- 177 Бартолини, стр. 247.
- 178 Резолюция 3 33-й Международной конференции, параграфы 3 (2) и (3).
- 179 Картирование чрезвычайных декретов Аргентины, 1 кв.
- 180 Кодекс ИМО III, параграф 3.
- 181 См., например, МФОКК и КП и ПРООН, «Справочник по законодательству и снижению риска бедствий», 2015 г., стр. 21 <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1349>>.
- 182 Резолюция 3 (2) 33-й Международной конференции.
- 183 Картирование ЧСЗ в Шри-Ланке, 1 кв.
- 184 Картирование ЧСЗ в Нигерии, IV кв.1.
- 185 Картирование ЧСЗ в Сьерра-Леоне, 1 и 7 кв.
- 186 Бартолини, стр. 247.
- 187 ИМО, Руководство аудитора для методики аудита в Государствах-членах ИМО, раздел 12.
- 188 Например, Международная конвенция по охране человеческой жизни на море требует, чтобы «стороны передавали Генеральному секретарю ИМО тексты законов, указов, приказов, постановлений и других документов, которые были обнародованы в связи с различными вопросами в рамках [Конвенции]». Протокол 1988 г. к Международной конвенции по охране человеческой жизни на море, статья III. Другие морские конвенции содержат аналогичные положения: см., например, Международную конвенцию по предотвращению загрязнения с судов, статья 11 (1) (b) и Международную конвенцию о подготовке и дипломировании моряков и несении вахты, статья III (1)(а). ИМО позволяет государствам загружать национальное морское законодательство в общедоступные разделы своей Глобальной интегрированной системы информации о судоходстве < <https://gisis.imo.org/Public/Default.aspx> >.
- 189 См. Бартолини, стр. 248.
- 190 См. <<https://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-financing-facility>>.
- 191 См. <<https://www.theglobalfund.org/en/>>.
- 192 См. <<https://www.gavi.org>>.
- 193 См. <<https://cepi.net>>.
- 194 См., например, <<https://www.imo.org/en/OurWork/TechnicalCooperation/Pages/Default.aspx>>.
- 195 < https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.3/en/ >.
- 196 См. <<https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/WHO-Thematic-Platform-Health-EDRM-Research-Network-2018.pdf?ua=1>>.
- 197 Тематическая платформа ВОЗ для исследовательской сети по управлению рисками чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения и бедствий (TPRN): Отчет совещания экспертов в Кобе. International Journal of Environmental Research. Общественное здравоохранение 2019 г., 16, 1232 <doi:10.3390/ijerph1607123>.
- 198 Ряд региональных систем раннего предупреждения, существующих для оповещения о бедствиях более общего плана, также могут применяться к ЧСЗ, например, в ЕС и АСЕАН.
- 199 Картирование ЧСЗ в Бразилии: Постановление № 1865 от 10 августа 2006 г. См. ВОЗ, Международные медико-санитарные правила (2005 г.): Инструментарий по внедрению национального законодательства, стр. 136.
- 200 ММСП, статья 7 (1). Национальный координатор по ММСП должен действовать в соответствии с инструментарием ММСП для принятия решений, а также уведомлять ВОЗ о любых мерах в сфере здравоохранения, принимаемых в рамках реагирования.
- 201 Картирование ЧСЗ в Швейцарии, Q12; статья 80 (3) Федерального закона «О борьбе с инфекционными заболеваниями человека» от 28 сентября 2012 г.
- 202 Это может быть особенно актуально, если нет уверенности в том, кто несет ответственность. В качестве примера, в результатах картирования ЧСЗ была указана спорная роль центрального правительства и властей провинций в объявлении ЧСЗ.
- 203 Далее см. Главу 4.
- 204 Картирование ЧСЗ в Австралии: Закон о безопасности в области национального здравоохранения от 2007 г. (Австралия), раздел 19.
- 205 Чтобы ознакомиться с общим обсуждением этих разработок см. С. Витберн, «Защита знания: Развитие концепции раннего предупреждения и обязательства Государств по информированию о рисках бедствий и предупреждению об их начале», Кембриджское руководство по снижению риска бедствий и Международное право, редакторы К.Л.Х. Самуэль, М. Аронссон-Сторриер и К. Накьявани Букмиллер (Cambridge University Press, 2019 г.), стр. 131-149.
- 206 Сендайская рамочная программа, пункт 18 (g).
- 207 КМП, Проект статей о защите людей в случае бедствий, с комментариями, 2 мая – 10 июня и 4 июля – 12 августа 2016 г., A/71/10 <https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/commentaries/6_3_2016.pdf>, проект статьи 9 (1).

- 208 Там же, комментарий к проекту статьи 8.
- 209 Отчет о ГРБ, Глава 4, стр. 67.
- 210 Там же, стр. 77.
- 211 Там же.
- 212 Там же, стр. 29.
- 213 Там же, стр. 33.
- 214 Там же, стр. 37.
- 215 Там же, стр. 37.
- 216 Описание тех, кто участвует в управлении рисками ЧСЗ — это отдельная проблема. Некоторые используемые термины сами по себе могут восприниматься как исключающие определенные группы или отдельных лиц, либо предполагающие, что эти группы или отдельные лица играют меньшую роль, чем следовало бы. Тем не менее, возможно, следует провести различие между (1) теми, на кого возложены конкретные обязанности, как правило, в сфере законодательства (обычно это государственные органы), и (2) теми, кто не может играть центральную роль в принятии мер реагирования, но, тем не менее, может внести свой вклад путем предоставления поддержки, ресурсов или консультаций, либо представляя другие пострадавшие группы. Признавая это различие, настоящий Отчет использует термин «субъект» для описания ключевых организаций, которые могут выполнять исполнительные функции, а термины «заинтересованная сторона» или «участник» используются для описания более широкого круга лиц, участвующих в управлении рисками ЧСЗ.
- 217 Бангкокские принципы, Принцип 1.
- 218 Там же, Принцип 2.
- 219 Картирование ЧСЗ в Соединенном Королевстве, Q1. Для Англии и Уэльса см., например, Закон 1984 г. об общественном здравоохранении (контроль заболеваний) < <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1984/22/contents>>. Соединенному Королевству также пришлось в срочном порядке принять Закон о коронавирусе 2020 года, чтобы заполнить определенные пробелы и предоставить соответствующим субъектам расширенные полномочия, но его также можно отнести к законодательству в области общественного здравоохранения.
- 220 Там же, Закон о гражданских чрезвычайных ситуациях 2004 г. (Соединенное Королевство) <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/36/contents>>.
- 221 Картирование ЧСЗ в Австралии, Q2.1. См. Закон о биобезопасности 2015 г. (Австралийский Союз), Закон о национальной безопасности в области здравоохранения 2007 г. (Австралийский Союз); Закон об общественном здравоохранении и благополучии 2008 г. (Виктория); Положения об общественном здравоохранении и благополучии 2019 г. (Виктория); Закон об общественном здравоохранении 2010 г. (Новый Южный Уэльс); Положения об общественном здравоохранении 2012 г. (Новый Южный Уэльс).
- 222 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q1 и Q12, также см. Постановление 188 от 3 февраля 2020 года.
- 223 Там же, Указ № 10.211 от 30 января 2020 г.
- 224 Картирование ЧСЗ в Либерии: Закон об общественном здравоохранении в новой редакции (2019 г.) (Либерия) < http://www.moh.gov.lr/wp-content/uploads/FINISHED-DRAFT-REVISED-PUBLIC-HEALTH-LAW-REPUBLIC-OF-LIBERIA-2019_Validation.pdf>.
- 225 Картирование ЧСЗ в Китае, Q1 и Q2.
- 226 Картирование ЧСЗ в Республике Корея Q2.1; также см. Закон о карантине (Закон № 9846) (Республика Корея) <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=53531&lang=ENG> и Закон о контроле и профилактике инфекционных заболеваний (Закон № 17067) (Республика Корея) < http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=53530&lang=ENG>.
- 227 Там же: Рамочный закон об управлении бедствиями и безопасности (Закон № 15344) <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=46614&lang=ENG>.
- 228 Картирование ЧСЗ в Шри-Ланке, Q1: например, Постановление о карантине 1897 года, Конституция Шри-Ланки, Постановление об общественной безопасности 1947 года и Закон об управлении бедствиями 1947 года.
- 229 Там же: Закон № 9 от 24 января 1979 года, в соответствии с которым вводятся санитарные меры (Колумбия).
- 230 Картирование ЧСЗ в Колумбии: Закон № 1753 от 2015 г. (Колумбия).
- 231 Там же: Указ № 1547 от 21 июня 1984 г., в соответствии с которым создан Национальный фонд борьбы с бедствиями и выпущены правила его организации и функционирования.
- 232 Там же: Закон № 1523 от 24 апреля 2012 года, в соответствии с которым принята Национальная политика управления рисками бедствий и создана национальная система управления рисками бедствий и приняты другие меры (Колумбия).
- 233 Там же: Конституция Колумбии <https://www.constituteproject.org/constitution/Colombia_2005.pdf>.
- 234 Картирование ЧСЗ в США, Q3.
- 235 Картирование ЧСЗ в Южной Африке: Закон № 57 о борьбе с бедствиями 2002 г. (Южная Африка) <https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201409/a57-020.pdf>.
- 236 Картирование ЧСЗ в Гондурасе: Законодательный декрет № 9-90Е, «Закон о чрезвычайных ситуациях национального масштаба» (Ley de Contingencias Nacionales) (Гондурас) от 18 декабря 1990 г.; Законодательный декрет № 217-93 «Закон о чрезвычайных ситуациях национального масштаба» (Ley de Contingencias Nacionales) от 13 октября 1993 года, вносящий поправки в Законодательный декрет № 9-90Е (Гондурас).
- 237 Там же, Акт исполнительной власти 032-2010, 30 июля 2010 г. (Гондурас).
- 238 Закон о готовности к бедствиям и управлении чрезвычайными ситуациями 1993 года (Ямайка) <<https://moj.gov.jm/sites/default/files/laws/The%20Disaster%20Preparedness%20and%20Emergency%20Management%20Act.pdf>>.
- 239 См. Бангкокские принципы, принцип 7.
- 240 Картирование ЧСЗ в Тувалу: Закон об общественном здравоохранении 2008 г., р. 2.
- 241 Известно, что правительство Индии в 2017 году вынесло на рассмотрение законопроект об общественном здравоохранении (включающий положения о предотвращении, контроле и борьбе с эпидемиями, бедствиями и биотерроризмом) в качестве всеобъемлющей меры, но этот законопроект, судя по всему, не стал законом. См. Парикшит Гоял, «Закон об эпидемических заболеваниях 1897 г. нуждается в срочном пересмотре», Экономический и политический еженедельник, том 55, выпуск № 45, 7 ноября 2020 г. <<https://www.epw.in/node/157579/pdf>>.
- 242 Картирование чрезвычайных декретов в Уганде: <https://www.kcca.go.ug/uDocs/public%20health%20act%20Chapter_281.pdf>.
- 243 Картирование чрезвычайных декретов в Замбии: < <http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Public%20Health%20Act.pdf>>. Nigeria>.
- 244 Картирование ЧСЗ в Нигерии: <<http://lawsofnigeria.placng.org/laws/Q2.pdf>>.
- 245 Картирование чрезвычайных декретов
- 246 Картирование чрезвычайных декретов в Лесото: Указ об общественном здравоохранении 1970 года (Лесото).
- 247 Картирование ЧСЗ в Либерии: Законы об общественном здравоохранении 1976 г. (Либерия).

- 248 Картирование ЧСЗ в Сингапуре: Закон об инфекционных заболеваниях (Сингапур), р. 2. Несмотря на то, что Закон содержит список определенных болезней, приводящих к бедствиям, он также включает «любые другие заболевания, которые: (i) вызваны или предположительно вызваны микроорганизмом или любым возбудителем болезни; (ii) способны или предположительно способны передаваться людям любым способом; и (iii) дают Директору [медицинских служб] основания полагать, что если такие заболевания не исследовать или не зять на контроль, они могут привести к эпидемии».
- 249 Картирование ЧСЗ в Республике Корея: Закон о контроле и профилактике инфекционных заболеваний (Корея), Статья 2 (5)
- 250 Картирование ЧСЗ на Маршалловых островах: Закон о чрезвычайных ситуациях 1979 г. (Маршалловы острова), статья 1102 <http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Marshall_Islands/MH_Emergencies_Act.pdf>.
- 251 Картирование ЧСЗ в Австралии: см. Закон 1986 года об управлении чрезвычайными ситуациями (Виктория); Закон 1989 года о государственном управлении чрезвычайными ситуациями и спасательными операциями (Новый Южный Уэльс).
- 252 Картирование ЧСЗ в Иране, Q2.
- 253 УРСБ ООН, «Обзор государственного управления рисками бедствий в контексте COVID-19 в Азиатско-Тихоокеанском регионе: на пути к комплексному и мультисекторальному снижению рисков», 2020 г. <<https://www.undrr.org/publication/review-covid-19-disaster-risk-governance-asia-pacific-towards-multi-hazard-and-multi>>.
- 254 Онлайн-гlossарий УРСБ ООН <<https://www.undrr.org/terminology>>.
- 255 Центр по контролю и профилактике заболеваний (США) Зоонозные заболевания <<https://www.cdc.gov/onehealth/basics/zoonotic-diseases.html>>.
- 256 <<http://www.fao.org/3/al868e/al868e00.pdf>>.
- 257 Пренешни Р. Найкакер, «Влияние изменения климата и других факторов на зоонозные заболевания», Архивы клинической микробиологии, 2011 г. <<https://www.acmicrob.com/microbiology/the-impact-of-climate-change-and-other-factors-on-zoonotic-diseases.pdf>>.
- 258 Картирование ЧСЗ в США: Североамериканский план по борьбе с гриппом животных и пандемическим гриппом, 33-35, 2 апреля 2012 г. <<https://www.phe.gov/Preparedness/international/Pages/narapi.aspx>>.
- 259 Картирование ЧСЗ в Соединенном Королевстве, Q2: Закон о здоровье животных, 1981, разделы 29 и 30; и Закон о здоровье животных 2002 г. (Англия и Уэльс).
- 260 Картирование ЧСЗ в Либерии: Закон об общественном здравоохранении (Либерия), глава 17.
- 261 Там же: Закон об общественном здравоохранении (Либерия), раздел 17.3. Назначено ответственное лицо для выполнения обязанностей по регулированию борьбы с зоонозными заболеваниями. Меры по снижению рисков включают полномочия по инспектированию мест, где могут быть очаги зоонозных заболеваний.
- 262 Исключением явилось картирование ЧСЗ в Республике Корея, где само название основного элемента законодательства в области ЧСЗ – Закона о контроле и профилактике инфекционных заболеваний – четко указывает, что он касается профилактики наряду с контролем ЧСЗ.
- 263 Хотя координация и сотрудничество рассматриваются здесь как отдельная тема, они тесно связаны и частично пересекаются с вопросами лидерства, участия и представленности, обсуждаемыми в других местах.
- 264 Отчет о ГРБ, стр. 33.
- 265 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q5.
- 266 Картирование ЧСЗ в Южной Африке, Q2, 3, 7 и 8.
- 267 Картирование ЧСЗ в Соединенном Королевстве, Q5-7.
- 268 Картирование ЧСЗ в ОАЭ, Q7.
- 269 Картирование ЧСЗ в Болгарии, Q7 и 8.
- 270 Карты ЧСЗ в Сьерра-Леоне, Q7
- 271 Картирование ЧСЗ Великобритании: Закон о гражданских чрезвычайных ситуациях 2002 г. (Планирование на случай непредвиденных обстоятельств), Регламент 2005 г. (Соединенное Королевство).
- 272 Отчет о ГРБ, стр. 37.
- 273 Результаты картирования ЧСЗ раскрывают некоторые различия в способах определения руководящих ролей: в некоторых случаях в законодательстве есть четкие положения; в других случаях это делалось в соответствии с планами, политиками или руководствами.
- 274 Картирование ЧСЗ в Новой Зеландии: см. Закон о готовности к эпидемиям 20026 (Новая Зеландия), раздел 5.
- 275 Картирование ЧСЗ в ДР Конго.
- 276 Отчет о ГРБ, стр. 36.
- 277 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q5.
- 278 Картирование ЧСЗ в Республике Корея, Q2.5.
- 279 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q5.
- 280 Картирование ЧСЗ в Папуа-Новой Гвинее, Q3.
- 281 Картирование ЧСЗ в Республике Корея, Q2.5 (а): Корейский Индекс безопасности для местных органов власти делает информацию непосредственно доступной для граждан с помощью Карт общественной безопасности, доступных в сети Интернет и через мобильное приложение. Это служит для повышения осведомленности граждан о рисках и предоставления услуги оповещения с получением информации в реальном времени с помощью GPS с мобильных устройств. Система также включает специальную категорию, где указаны риски для здоровья населения.
- 282 Картирование ЧСЗ в Либерии, Q5 и 6.
- 283 См., например, картирование ЧСЗ в Соединенном Королевстве. В Соединенном Королевстве краеугольным камнем УРБ является планирование на уровне местных органов власти. См. Закон о гражданских чрезвычайных ситуациях 2004 года и Регламент 2005 года для Закона о гражданских чрезвычайных ситуациях 2004 года (Планирование на случай непредвиденных обстоятельств). Согласно этой системе, местные группы реагирования, в основном аварийные службы, а также местные органы власти и другие соответствующие учреждения, присутствующие в регионе, обязаны оценивать риски и составлять планы действий в чрезвычайных ситуациях. Примечательно, что на местные органы здравоохранения и органы, представляющие врачей, также возложены эти обязанности, и они обязаны сотрудничать с другими группами реагирования через местные форумы по обеспечению устойчивости («ФОРУ»).
- 284 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q2.7: Закон 1505 от 5 января 2012 г.
- 285 Там же. Система также предоставляет стимулы для волонтерской деятельности, например, социальные льготы, возможности получения образования и пособия на проживание.
- 286 Отчет о ГРБ, стр.32.
- 287 Отчет о ГРБ, стр. 36.

- 288 ЦУР, Задача 3.d.
- 289 «Социальная помощь» обеспечивает уход за пожилыми людьми, людьми с ограниченными возможностями или детьми. Она может предоставляться официально соответствующими организациями, либо неофициально – сообществами, семьями или отдельными лицами.
- 290 Женевские конвенции; Устав Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца, принятый на 25-й Международной конференции Красного Креста в Женеве в 1986 году, с учетом поправок, внесенных в 1995 и 2006 годах; Резолюция 2 30-й Международной конференции и Резолюция 4 31-й Международной конференции.
- 291 Пункты о целях в таком законодательстве обычно формулируются таким образом, чтобы предусматривать содействие и продолжение работы, например, по «улучшению здоровья и профилактике заболеваний»; или, в качестве обычной формулировки, «по оказанию помощи пострадавшим в случае катастроф или всеобщих бедствий».
- 292 Картирование чрезвычайных декретов на Гаити, Q2; и МФОКК и КП, Оперативный отчет № 9 о вспышке COVID-19, 2 апреля 2020 г.
- 293 Картирование чрезвычайных декретов в Судане, Q2.
- 294 Картирование чрезвычайных декретов в Гвинее, Q2.
- 295 Картирование чрезвычайных декретов в Гвинее, Q2.
- 296 Картирование чрезвычайных декретов в Судане, Q2.
- 297 Картирование чрезвычайных декретов на Багамских Островах, Q2.
- 298 Картирование чрезвычайных декретов в Гватемале, Q2.
- 299 Картирование чрезвычайных декретов в Замбии, Q2.
- 300 Картирование чрезвычайных декретов в Нигерии: см. Ст. 1 (В) (3), Национальный план реагирования на бедствия (Национальное агентство по управлению чрезвычайными ситуациями) (2002 г.) (Нигерия) <<https://www.refworld.org/docid/5b3f83af4.html>>.
- 301 Картирование чрезвычайных декретов в Нигерии, Q2.
- 302 Основное внимание в этом разделе уделяется школам. Следует отметить, что во многих Государствах университеты и колледжи подвержены воздействию ЧСЗ, и многие из них оказались затронуты пандемией COVID-19. Тем не менее, при картировании ЧСЗ не ставилась задача включить в отчеты информацию об этих учреждениях или их студентах.
- 303 К концу апреля 2020 года школы были вынужденно закрыты в 190 странах, что привело к прерыванию процесса обучения примерно 1,58 миллиарда учащихся (или чуть менее 92% от общего числа учеников и студентов). См. ЮНЕСКО, <<https://en.unesco.org/news/unesco-figures-show-two-thirds-academic-year-lost-average-worldwide-due-covid-19-school>>.
- 304 Отчет о ГРБ, стр. 66.
- 305 В отчете «Перспективы развития мировой экономики» Международного валютного фонда, опубликованном в октябре 2020 года, говорится следующее о пандемии COVID-19: «Многие страны предприняли ... фискальные меры на сумму 11,7 триллиона долларов для сдерживания пандемии и масштабов наносимого ей ущерба для экономики. Также, центральные банки многих стран предприняли меры на сумму более 7,5 трлн долларов». МВФ, «Перспективы развития мировой экономики, октябрь 2020 года: долгий и трудный подъем» <<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/09/30/world-economic-outlook-october-2020>>. Общее экономическое и социальное бремя эпидемии/пандемии Эболы в 2013–2016 годах оценивалось в 53,19 миллиарда долларов. См. Кэролайн Хубер, Лин Финелли, Уоррен Стивенс, Экономическое и социальное бремя вспышки Эболы в Западной Африке в 2014 г., Журнал инфекционных заболеваний, том 218, приложение_5, 15 декабря 2018 г., страницы S698 – S704 <<https://doi.org/10.1093/infdis/jiy213>>. См. также: Блоги Всемирного банка, Оценка экономического ущерба от вируса Эбола.<<https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/estimating-economic-cost-ebola>> и Центр по контролю и профилактике заболеваний США, «Стоимость эпидемии Эболы».<<https://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/cost-ebola-multipage-infographic.pdf>>. В 2003 г. потери ВВП для экономик Гонконга, Сингапура и Тайваня в результате атипичной пневмонии, по оценке Всемирного банка, составили около 13 миллиардов долларов США, или 1,1% ВВП. В том же отчете оценивается влияние гораздо меньшей по охвату вспышки чумы в Сурате, Индия, в 1994 году, убытки от которой в сфере торговли составили 260 миллионов долларов США, в сфере экспорта – 420 миллионов долларов США, а общие экономические потери, включая убытки в сфере туризма, составили более 2 миллиардов долларов США. См. Рабочий документ Всемирного банка по исследованию политики №4466, Милан Брамхатт, Ариндам Дутта, «Об экономических последствиях ТОРС во время вспышек инфекционных заболеваний», январь 2008 г., стр. 8 <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/pdf/wps4466.pdf>>.
- 306 Например, в Великобритании. См. результаты картирования ЧСЗ в Великобритании, Q6.
- 307 Отчет о ГРБ, стр. 36.
- 308 См., например, результаты картирования ЧСЗ в Соединенном Королевстве. В структуру английского здравоохранения входят государственные департаменты; самостоятельная квазигосударственная национальная служба здравоохранения; местные органы власти; группы медицинских уполномоченных; врачи общей практики и подрядчики по оказанию первичной медико-санитарной помощи; больничные и психиатрические трасты, местные медицинские трасты и трасты скорой помощи; частные поставщики медицинских услуг; а также государственные и частные поставщики социальных услуг. Также см. «Наффилд Траст»:<<https://www.nuffieldtrust.org.uk/chart/the-structure-of-the-health-and-social-system-in-england>>.
- 309 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q5.
- 310 Отчет о ГРБ, стр. 59.
- 311 Там же, с. 59.
- 312 Там же, стр. 60.
- 313 Там же, стр. 61.
- 314 Картирование ЧСЗ в Гондурасе, Q2: Акт исполнительной власти №032-2010, 30 июля 2010 г. (Гондурас).
- 315 Картирование ЧСЗ в Новой Зеландии, Q1.
- 316 Картирование ЧСЗ в Швейцарии, Q1.
- 317 Картирование ЧСЗ в Соединенном Королевстве, Q5.
- 318 Картирование ЧСЗ в Сингапуре, Q13: Конституция Республики Сингапур, статья 64А, утвержденная Законом 2020 г. о Конституции Республики Сингапур (с учетом поправок) (№24 от 2020 г.); <<https://sso.agc.gov.sg/Act/CONS1963#pr64A>>.
- 319 Отчет о ГРБ, стр. 63.
- 320 Там же, стр. 66.
- 321 Контрольный список ГРБ, пункт 3 и стр. 18 и 19.
- 322 Картирование ЧСЗ в Республике Корея: также, например, Хёнхи Шин, «Учения по чрезвычайным ситуациям в Южной Корее в декабре способствовали тестированию на коронавирус и его сдерживанию», Рейтерс, 30 марта 2020 г. <<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-southkorea-drills-idUSKBN21H0BQ>>.

- 323 Например, в результатах картирования ЧСЗ в Индии отмечается, что комплексные меры защиты, предоставленные индийскому правительству в соответствии с законодательством (фактически предотвращающие судебные разбирательства в отношении действий, предпринятых в ответ на ЧСЗ), были приняты крайне противоречиво и встретили противодействие, особенно в связи с тем, что введение карантина повсеместно рассматривалась как мера, ограничивающая основное право на свободное передвижение. Также было отмечено, что общенациональный локдаун был объявлен без предварительных консультаций или уведомлений, создавая впечатление, что центральное правительство фактически обошло надлежащую процедуру: см. Результаты картирования ЧСЗ в Индии, Q13.
- 324 Картирование ЧСЗ в Сьерра-Леоне.
- 325 Отчет Комитета по обзору о функционировании Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в отношении пандемии (H1N1) 2009 г., 5 мая 2011 г., A64/10 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1>; Отчет Комитета ММСП по обзору о втором продлении сроков создания национального потенциала в сфере общественного здравоохранения и внедрения ММСП, 16 января 2015 г., EB136/22 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/EB136_22Add1-en.pdf>; Отчет Комитета по обзору о роли Международных медико-санитарных правил (2005) в борьбе со вспышкой вируса Эбола и мерах реагирования, 13 мая 2016 г. <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1>; Отчет Группы по промежуточной оценке Эболы, июль 2015 г. <<https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>>.
- 326 См. Комитет экспертов по ТОРС, «ТОРС в Гонконге: от опыта к действиям», октябрь 2003 г. <<https://www.coronavirus.gov.hk/eng/sars-expert-committee.html>>; и Отчет независимой комиссии по ТОРС», декабрь 2006 г., Онтарио. <http://www.archives.gov.on.ca/en/e_records/sars/report/index.html>.
- 327 См., например, Кабинет министров Соединенного Королевства, «Пандемия гриппа 2009 г. — независимый обзор мер, принятых Соединенным Королевством в ответ на пандемию гриппа 2009 г.», июль 2010 г. <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/61252/the2009influenzapandemic-review.pdf>.
- 328 «Руководство по проведению странового обзора осуществляемых мер (ООМ) по COVID-19 на страновом уровне» (ВОЗ, 23 июля 2020 г.) <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333419>>.
- 329 Отчет о ГРБ, Глава 5, стр. 79–91.
- 330 Там же, стр. 80.
- 331 Там же, стр. 79.
- 332 См., например, картирование ЧСЗ в Швейцарии, Q12: Федеральный закон о законодательных принципах для постановлений Федерального совета по борьбе с эпидемией COVID-19 и Постановления 1, 2, 3 о мерах по борьбе с коронавирусом (COVID-19); Картирование ЧСЗ в Монголии, Q11: Закон о профилактике коронавирусной инфекции COVID-19 и борьбе с ней и минимизации воздействия на экономическое и социальное развитие; Картирование ЧСЗ в Великобритании, Q11: Закон о коронавирусе 2020 г.; также см. Q11 или Q12 в большинстве других результатов Картирования ЧСЗ.
- 333 В некоторых Государствах не всегда требуется официальное заявление для активации чрезвычайных полномочий во время ЧСЗ. Может быть достаточно того, чтобы директивный орган был удовлетворен существованием ЧСЗ или тем, что ЧСЗ соответствует определенным заранее критериям.
- 334 Исключения, о которых поступила информация, имели место в Республике Корея и Объединенных Арабских Эмиратах, хотя это может отражать различное значение термина «чрезвычайные полномочия» в Государствах выборки.
- 335 Отчет о ГРБ, стр. 80.
- 336 Пример можно найти в результатах картирования ЧСЗ в США в Законе Роберта Т. Стаффорда о предоставлении помощи при бедствиях и чрезвычайных ситуациях 1988 г. (США).
- 337 Отчет о ГРБ, стр.79.
- 338 См., Например, Институт Рауля Валленберга, «Готовность к пандемии и ответные меры: национальный закон и политика в отношении COVID-19 с точки зрения прав человека», проект консультации, 28 января 2021 г., стр. 63 <<https://rwi.lu.se/wp-content/uploads/2021/01/Pandemic-preparedness-and-response-in-human-rights-perspective-final-report.pdf>> (Отчет института Валленберга).
- 339 Там же, стр. 63.
- 340 Отчет о ГРБ, стр. 83.
- 341 Там же, стр. 90.
- 342 Там же, стр. 90.
- 343 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q7: Указ № 7.616 от 17 ноября 2011 г. (Бразилия).
- 344 Картирование ЧСЗ в Сингапуре, Q3: Закон об инфекционных заболеваниях 1977 г. (Сингапур), р. 58.
- 345 Картирование ЧСЗ в Новой Зеландии, Q3: Закон о готовности к эпидемиям 2006 г. (Новая Зеландия), раздел 5.
- 346 Картирование ЧСЗ во Вьетнаме, Q3: Закон о профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними 2007 г. (Вьетнам), статья 42.
- 347 Например, президенты Либерии и ДР Конго; Государственный совет в Китае.
- 348 Отчет о ГРБ, стр. 90.
- 349 Там же.
- 350 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q3: Конституция Колумбии, статья 215.
- 351 Картирование ЧСЗ в Новой Зеландии, Q3: Закон о готовности к эпидемиям 2006 г. (Новая Зеландия), раздел 5.
- 352 Картирование ЧСЗ в Папуа-Новой Гвинее, Q2: Конституция Папуа-Новой Гвинеи, раздел 228.
- 353 Отчет о ГРБ, стр. 89.
- 354 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q1.4: Закон 1523 от 24 апреля 2012 г. Национальная политика управления рисками бедствий (Колумбия).
- 355 Например, картирование ЧСЗ в Соединенном Королевстве Q1: Закон об общественном здравоохранении (Контроле заболеваний) 1984 г. (Англия и Уэльс), раздел 45D.
- 356 Картирование ЧСЗ в Болгарии, Q3: Закон о здравоохранении (Болгария), статья 63.
- 357 Картирование ЧСЗ в Сингапуре: Закон об инфекционных заболеваниях (глава 137) (Сингапур), раздел 17A <<https://sso.agc.gov.sg/Act/IDA1976#pr17A->>.
- 358 Отчет о ГРБ, стр.81.
- 359 Судя по всему, эти термины использовались во внутреннем законодательстве взаимозаменяемо, но не обязательно соответствовали определениям в международном праве, особенно в ММСП. Вопрос для дальнейшего исследования может заключаться в том, есть ли какие-либо существенные различия, и может ли разная методика использования иметь серьезные правовые последствия.
- 360 Отчет о ГРБ, стр. 90.
- 361 Критерии самоизоляции, особенно для принудительного карантина или самоизоляции, по-видимому, значительно различались. В некоторых случаях законодательство требует наличия надлежащих доказательств того, что человек инфицирован; в некоторых случаях требовалось только наличие подозрений, что человек инфицирован; в других случаях самоизоляция могла быть принудительной, если имелись разумные основания считать, что данное лицо было в контакте с теми, кто инфицирован; в определенных случаях основанием для помещения в карантин дома или в гостинице могло быть только то, что сотрудник правоохранительных органов подозревал, что данное лицо инфицировано или недавно подверглось такому риску.

- 362 См., например, Griffiths News «Хронология взаимосвязи COVID 19 и прав человека: отступления от обязательств во время чрезвычайного положения», Университет Гриффита, 5 мая 2020 г. <<https://news.griffith.edu.au/2020/05/05/a-timeline-of-covid-19-and-human-rights-derogations-in-time-of-public-emergency/>>; Наташа Холкрофт-Эммес, «Коронавирус: Государства отступают от обязательств и приостанавливают соблюдение прав человека», Оксфордский центр по правам человека, 27 марта 2020 г. <<http://ohrh.law.ox.ac.uk/coronavirus-states-derogating-to-suspend-human-rights-obligations/>>; Карима Беннун, «Чтобы мы не спали: COVID-19 и права человека» (Американский журнал международного права, том 114, выпуск 4) <<https://doi.org/10.1017/ajil.2020.68>>; Отчет Института Валленберга.
- 363 УВКПЧ и Комитет по правам человека занялись проблемой отступления от обязательств во время Covid-19', 29 апреля 2020 г. <<https://ijrcenter.org/2020/04/29/ohchr-human-rights-committee-address-derogations-during-covid-19/>>; также см. Документы ООН. CСРР/C/128/2, 24 апреля 2020 г.
- 364 Отчет Института Валленберга, стр. 63.
- 365 Американская ассоциация международной комиссии юристов, «Сиракузские принципы и положения об ограничении и отступлении от обязательств Международного пакта о гражданских и политических правах», 1985 г. <<https://www.icj.org/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles-ICCPR-legal-submission-1985-eng.pdf>>.
- 366 Там же, параграф 25.
- 367 Борроудейл против Генерального директора Министерства здравоохранения и других [2020] Верховный суд Новой Зеландии (NZHC 2090) <https://www.courtsofnz.govt.nz/assets/cases/Borrowdale-v-D-F-of-Health-V_1.pdf>.
- 368 Долан против министра здравоохранения и социальной защиты [2020] Высокий суд Англии и Уэльса (EWHC 1786) (Админ.) <<https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/07/DolanJudgment-FINAL-003-1-1.pdf>>. Английские суды были менее склонны отклонять возражения против ограничений на религиозное поклонение: см. Королева против министра здравоохранения и социальной защиты (по заявлению Хуссейна) [2020] Высокий суд Англии и Уэльса (EWHC 1392) (Админ.) <<https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/06/Transcript-of-Judgment-CO-1846-2020-Hussain-v-SS-for-Health-Social-Care.pdf>>.
- 369 См. Отчет о ГРБ, стр. 88.
- 370 Картирование ЧСЗ в ДР Конго.
- 371 Картирование ЧСЗ в Папуа-Новой Гвинее, Q; Конституция Папуа-Новой Гвинее, разделы 238 и 239.
- 372 Картирование ЧСЗ в Новой Зеландии: Закон о готовности к эпидемиям 2006 г. (Новая Зеландия), раздел 16.
- 373 В результатах Картирования ЧСЗ мало упоминаний об ограниченных по времени полномочиях. Это может быть связано с тем, что законодательство о пандемии COVID-19 изменялось или заменялось так часто, что положения об истечении срока действия во многих случаях были излишними.
- 374 Ассоциация международного права, Парижские минимальные стандарты в области прав человека в условиях чрезвычайного положения. См., например, Ричард Б. Лиллих, «Парижские минимальные стандарты прав человека в условиях чрезвычайного положения» (1985). 79 American Journal of International Law 1072 <<https://doi.org/10.2307/2201848>>.
- 375 Картирование ЧСЗ в Индии, Q13.
- 376 Обратной стороной является то, что сослаться на сообщения в Facebook или Twitter не всегда удается, если необходимо узнать подробности принятых правовых мер, поэтому более официальная регистрация материалов все еще остается актуальной.
- 377 Анализ в этой Части основан на ответах, представленных в рамках картирования ЧСЗ. Хотя используемые при картировании вопросы касались всех ЧСЗ, большинство ответов связаны исключительно с воздействием COVID-19. Это означает, что анализ также преимущественно основан на законах и политиках, принятых Государствами в ответ на пандемию COVID-19, и фиксирует именно их. Есть некоторые исключения, но в целом картирование ЧСЗ предоставляет достаточно ограниченную информацию о мерах, принятых до 2020 года. Поэтому следует проявлять некоторую осторожность, делая обобщения в отношении всех ЧСЗ исключительно на основе пандемии COVID-19.
- 378 Отчет о ГРБ, Глава 7.
- 379 Отчет о ГРБ, Глава 8.
- 380 Отчет о ГРБ, Глава 9.
- 381 Отчет о ГРБ, стр. 104–105.
- 382 Картирование ЧСЗ в Индии, Q16.
- 383 И это несмотря на то, что Чрезвычайный комитет ММСП первоначально отказался рекомендовать такие ограничения на том основании, что в целом есть свидетельства того, что ограничение передвижения людей и товаров во время ЧСЗ может быть неэффективным, отвлекать ресурсы от других мер, мешать оказанию необходимой помощи и технической поддержки, нарушать работу предприятий и оказывать негативное влияние на экономику стран, затронутых чрезвычайными ситуациями. ВОЗ, Чрезвычайный комитет, Заявление на втором заседании Чрезвычайного комитета по Международным медико-санитарным правилам (2005 г.) в связи со вспышкой нового коронавируса (2019-nCoV), 30 января 2020 г. <<https://reliefweb.int/report/world/statement-second-meeting-international-health-regulations-2005-emergency-committee>>. Однако было признано, что при определенных обстоятельствах меры, ограничивающие передвижение людей, могут временно оказаться полезными, например, в условиях ограниченного потенциала и возможностей по реагированию, либо при высокой интенсивности передачи инфекции среди уязвимых групп населения.
- 384 Картирование ЧСЗ в Гондурасе, Q14-17
- 385 См., например, Nature, «Что говорят данные о закрытии границ и распространении COVID», 22 декабря 2020 г. <<https://www.nature.com/articles/d41586-020-03605-6>>.
- 386 Картирование ЧСЗ в Новой Зеландии, Q1.
- 387 Картирование ЧСЗ в Либерии, Q14.
- 388 Картирование ЧСЗ в Австралии, Q3.1.
- 389 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q12 и 14.
- 390 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q14.
- 391 Картирование ЧСЗ в Либерии, Q14.
- 392 Картирование ЧСЗ в Сьерра-Леоне, Q14.
- 393 ВОЗ, «Обновленные рекомендации ВОЗ по международному сообщению в связи со вспышкой COVID-19», 29 февраля 2020 г. <<https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-recommendations-for-international-traffic-in-relation-to-covid-19-outbreak>>.
- 394 Отчет о ГРБ, стр.101.
- 395 МОМ, Глобальный договор о безопасной, упорядоченной и регулярной миграции <<https://www.iom.int/global-compact-migration>>.
- 396 МПГПП, статья 12 (2).
- 397 Там же, статья 12 (4).
- 398 См. Министерство транспорта Великобритании, «Новые международные обязательства по расширению прав моряков», 9 июля 2020 г., <<https://www.gov.uk/government/news/new-international-commitment-to-improve-seafarers-rights>>.

- 399 Картирование ЧСЗ в Шри-Ланке, Q1.
- 400 «Ограничение числа прибывающих в Австралию во время пандемии Covid может нарушать международные законы», The Guardian, Австралия, 22 октября 2020 г. <<https://www.theguardian.com/australia-news/2020/oct/22/australias-cap-on-arrivals-during-covid-pandemic-may-break-international-laws>>.
- 401 Картирование ЧСЗ в Австралии: также см. Выводы по биобезопасности 2020 (Чрезвычайная ситуация с биобезопасностью человека) (Человеческий коронавирус с пандемическим потенциалом) (Чрезвычайные требования по запрету на международные поездки).
- 402 Картирование ЧСЗ в Монголии: Закон о профилактике и борьбе с коронавирусной инфекцией (Covid-19) и минимизации воздействия на социально-экономическое развитие (29 апреля 2020 г.).
- 403 Картирование ЧСЗ в ОАЭ и Шри-Ланке.
- 404 Картирование ЧСЗ в Таджикистане.
- 405 УВКБ ООН, «Кризис COVID-19: ключевые послания о защите», 31 марта 2020 г. <<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/75555>>.
- 406 Там же.
- 407 Картирование ЧСЗ в Австралии, Q4.1.
- 408 Картирование ЧСЗ в Испании, Q14.
- 409 Выдворение — это действие государства, приводящее к высылке или возвращению беженцев любым способом к границам территорий, где их жизнь или свобода могут оказаться под угрозой из-за расы, религии, национальности, принадлежности к определенному социальной группе или политического мнения: см. Статью 33 (1) Конвенции Организации Объединенных Наций о статусе беженцев (Конвенция о беженцах) от 28 июля 1951 г. <<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx>>. Обязательство о невыдворении также существует в соответствии с Конвенцией против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (статья 3) и Международной конвенцией по защите всех лиц от насильственных исчезновений (статья 16). Точно так же, обязательство о невыдворении было закреплено в Международном пакте о гражданских и политических правах (статьи 6 и 7) и соответствующих положениях региональных договоров по правам человека.
- 410 УВКБ ООН, «Кризис COVID-19: ключевые послания о защите», стр. 2.
- 411 Картирование ЧСЗ в Республике Корея: <<https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399>; <http://futurechosun.com/archives/46950>>.
- 412 Там же: <<https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399>>; <http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/951608.html>.
- 413 Отчет о ГРБ, стр. 18 и глава 8.
- 414 Картирование ЧСЗ в Монголии, Q18.
- 415 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q19.
- 416 Картирование ЧСЗ в Испании, Q19: Прогрессивная Испания, «Регионы дают убежище бездомным во время локдаунов на фоне пандемии коронавируса» <<http://progressivespain.com/2020/03/24/regions-shelter-homeless-during-coronavirus-lockdown/>>.
- 417 См. Келли, Дж. и др. «Справедливость в вопросах жилья ради справедливости в вопросах здоровья: основанный на правах человека подход к борьбе с лихорадкой Ласса в послевоенной Сьерра-Леоне», журнал BMC International Health and Human Rights, том 13, вып. 1, 2013 г.
- 418 Картирование ЧСЗ в Новой Зеландии, Q20.
- 419 Картирование ЧСЗ в Австралии, Q5.2: «Дома для бездомных жителей штата Виктория во время пандемии и в последующий период», <<https://www.premier.vic.gov.au/homes-homeless-victorians-during-pandemic-and-beyond>>.
- 420 Там же: Программа «Вместе дома», <https://www.coronavirus.dcj.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/783366/Together-Home-Program-fact-sheet.pdf>.
- 421 Картирование ЧСЗ в Гондурасе, Q19 и 24.
- 422 Картирование ЧСЗ в Испании, Q19.
- 423 Картирование ЧСЗ в Республике Корея, Q2.19: <<https://www.japantimes.co.jp/opinion/2020/05/05/commentary/world-commentary/south-korea-stopped-covid-19-early/#X0fHW8hKhPY>>.
- 424 Картирование ЧСЗ в Либерии, Q19: <https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Liberia_2010-001_LBR201001_Assessing_WASH_Package_Interventions_in_5_Counties.pdf>.
- 425 Там же: <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/MDR000050U6.pdf>> стр.9.
- 426 Картирование ЧСЗ в Испании, Q18.
- 427 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q18: Декрет 579 от 15 апреля 2020 г.
- 428 Картирование ЧСЗ в Шри-Ланке, Q18.
- 429 Картирование ЧСЗ в Гондурасе, Q18.
- 430 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q18.
- 431 См., например, Картирование ЧСЗ в Сьерра-Леоне, Q18.
- 432 Отчет о ГРБ, стр. 111.
- 433 МФОКК и КП, «Что такое уязвимость?» <<https://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/what-is-vulnerability/>>. УРСБ ООН описывает уязвимость как «условия, определяемые физическими, социальными, экономическими и экологическими факторами или процессами, которые повышают восприимчивость человека, сообщества, активов или систем к воздействиям опасностей». УРСБ ООН, Терминология <<https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>>. В случаях, когда есть какие-либо существенные различия, для целей настоящего Отчета принимается определение МФОКК и КП.
- 434 Там же.
- 435 Отчет о ГРБ, стр. 18 и глава 9.
- 436 Там же, стр. 18–19.
- 437 Отчет о ГРБ, стр. 114 – 116 и 125–129.
- 438 О картировании ЧСЗ в целом, Q25.
- 439 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q23.
- 440 Там же: Постановление 413 от 13 марта 2020 г. и 419 от 17 марта 2020 г.
- 441 Там же: Закон 14.021.
- 442 Отчет о ГРБ, стр. 120–122.
- 443 Здесь используется определение ограниченных возможностей, приведенное в Хартии о включении людей с ограниченными возможностями в гуманитарную деятельность (параграф 1.3): «люди с ограниченными возможностями — это те, кто имеет длительные физические, психосоциальные, интеллектуальные или сенсорные нарушения, которые в комплексе с различными препятствия могут помешать их полному и эффективному участию в гуманитарных программах и доступу к ним»: <<http://humanitarianidisabilitycharter.org>>.

- 444 Также, Хартия о включении людей с ограниченными возможностями в гуманитарную деятельность признает, что «люди с ограниченными возможностями непропорционально сильно страдают в условиях высокого риска и чрезвычайных ситуациях и сталкиваются с многочисленными препятствиями при получении защиты и гуманитарной помощи, включая поддержку при бедствиях и меры по восстановлению» (пункт 1.5). В Хартии говорится, что «основанные на твердых принципах и эффективные гуманитарные мероприятия могут быть реализованы только в том случае, если гуманитарная готовность и меры реагирования будут охватывать людей с ограниченными возможностями в соответствии с гуманитарными принципами человечности и беспристрастности, а также принципами соблюдения прав человека, включая право на неотъемлемое достоинство, равенство и отсутствие дискриминации» Хартия применяется к ситуациям высокого риска, включая чрезвычайные ситуации гуманитарного плана и бедствия, на всех этапах мер гуманитарного реагирования, от обеспечения готовности и этапа начала кризиса до перехода к восстановлению (пункты 1.1 и 1.4).
- 445 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q24.
- 446 Картирование ЧСЗ в Испании, Q25: ENI CBC Med, «[TEC-MED] COVID-19 в Испании: влияние на пожилых людей» <<http://www.enicbcmec.eu/tec-med-covid-19-spain-impact-elderly-population>>.
- 447 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q23 и 24: Статутный закон 1751 от 2015 г. (Ley Estatutaria 1751 de 2015), Конгресс Колумбии (16 февраля 2015 г.), (доступно на испанском языке): <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf>.
- 448 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q24.1: Руководство по профилактике заражения COVID-19 и охране здоровья людей с ограниченными возможностями и их семей, лиц, ухаживающих за людьми с ограниченными возможностями, и работников сектора здравоохранения (март 2020 г.), (на испанском языке): <https://ccong.org.co/files/924_at_TEDS02%20-%20Minsalud.pdf>. В качестве примера действий, инициированных в результате этого, можно привести Колумбийский национальный институт слепых, который перевел информацию о мерах против COVID-19 на шрифт Брайля и предоставил конкретные рекомендации, такие как частая дезинфекция трости, избегание физического контакта с проводником при сопровождении и регулярная чистка лап собак-поводырей. Предупреждение ООН относительно защиты людей с ограниченными возможностями (La alerta de la ONU sobre la protección a personas con discapacidad), El Tiempo (16 апреля 2020 г.), (доступно на испанском языке): <<https://www.eltiempo.com/politica/opu-alerta-sobre-situacion-de-discapitados-durante-pandemia-485112>>.
- 449 См. картирование ЧСЗ в Австралии, Q6.6.
- 450 Картирование ЧСЗ в ОАЭ, Q25: <https://fcsa.gov.ae/en-us/Lists/D_Reports/Attachments/49/UAE%20Gov%20Initiatives%20to%20Combat%20Covid-19%20-%20En.pdf>.
- 451 Картирование ЧСЗ в Либерии, Q26.
- 452 Отчет о ГРБ, стр.132.
- 453 Sphere, «Стандарты включения пожилых людей и людей с ограниченными возможностями в гуманитарную деятельность», 2018 г.
- 454 Новости ООН, «Агентство ООН по здравоохранению, предупреждает — COVID-19 угрожает глобальному прогрессу в борьбе с малярией», 30 ноября 2020 г. <<https://news.un.org/en/story/2020/11/1078752>>.
- 455 Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах.
- 456 Картирование ЧСЗ в ДР Конго, Q26: Cellule d'Analyse en Sciences Sociales, «Социология в поддержку борьбы с Covid-19: извлеченные уроки — 4», 22 мая 2020 г. <<https://www.unicef.org/drcongo/media/4141/file/CASS-Brief4-barriers.pdf>>, «Хьюман Райтс Вотч», Ида Соьер, «Борьба с Эболой в Конго дала ценные уроки для противодействия Covid-19», 26 марта 2020 г. <<https://www.hrw.org/news/2020/03/26/congos-ebola-fight-has-lessons-Covid-19>>. Основными препятствиями были (1) страх быть отправленными в центр лечения Эболы: незнание симптомов Эболы привело к широкому распространению мнения о том, что независимо от наличия инфекции все симптомы будут диагностированы как Эбола, и все больные, даже с небольшой температурой, будут переведены в центр Эболы; (2) недоверие к медицинским работникам: это часто было связано со слухами о высокой заработной плате медицинских работников и убеждением, что они получали деньги за перевод пациентов в медицинские центры и, следовательно, предали свое сообщество; и (3) существенное сокращение масштабов оказания медицинских услуг.
- 457 Отчет о ГРБ, стр. 15.
- 458 Картирование ЧСЗ в Гондурасе, Q26.
- 459 Международная организация труда, «COVID-19: пандемия может привести к потере 195 миллионов рабочих мест. Мнение главы МОТ» <<https://news.un.org/en/story/2020/04/1061322>>.
- 460 Там же.
- 461 Социально-экономические последствия лихорадки Эбола в Либерии, Всемирный банк, 2015 <<https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/publication/socio-economic-impacts-ebola-liberia>>.
- 462 ПРООН в партнерстве с МФОКК и КП, «Оценка социально-экономического воздействия вируса Зика в Латинской Америке и Карибском бассейне: в фокусе Бразилия, Колумбия и Суринам», апрель 2017 г. <<https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/a-socio-economic-impact-assessment-of-the-zika-virus-in-latin-am.html>>.
- 463 См. Вопросы с 18 по 21 в большинстве результатов картирования ЧСЗ.
- 464 <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2020-05/liberia_report_0.pdf>, стр. 5.
- 465 Всемирный банк, «Социальная защита и рабочие места в ответ на пандемию COVID-19: обзор страновых мер в реальном времени», 22 мая 2020 г. <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/127921590528612831/pdf/Social-Protection-and-Jobs-Responses-to-COVID-19-A-Real-Time-Review-of-Country-Measures-May-22-2020.pdf>>.
- 466 Международная организация труда, «Монитор МОТ: COVID-19 и сфера труда, 4-е издание, обновленные оценки и анализ», 27 мая 2020 г. <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_745963.pdf>.
- 467 См., например, картирование ЧСЗ в Республике Корея, Q2.20.
- 468 В ходе опроса специалистов, работающих с подвергшимися насилию женщинами в австралийском штате Виктория, 59% респондентов сообщили об увеличении частоты таких случаев, а 50% — о росте жестокости насилия в отношении женщин из-за пандемии COVID-19 (Картирование ЧСЗ в Австралии Q6.5). В Колумбии количество звонков на линию 155 (Linea 155 — круглосуточная государственная горячая линия для женщин, подвергшихся домашнему насилию), связанных с насилием в отношении детей, увеличилось втрое: см. Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q22. В Нью-Йорке количество случаев домашнего насилия выросло на 30% по сравнению с 2019 годом; а в Испании количество звонков на государственную телефонную линию для помощи людям, подвергшимся домашнему насилию, выросло на 12,4%, при этом количество посещений веб-сайта этой службы увеличилось на 270%, а количество детей, сообщающих о насилии в семье, увеличилось на 11,6%. В Таджикистане количество обращений в кризисный центр «Гулруқшор» для женщин, подвергшихся домашнему насилию, увеличилось в три раза. В ДР Конго УВКБ ООН зафиксировало 4463 нарушения прав человека в марте 2020 года (2236 нарушения в феврале 2020 года). Сюда входят 952 случая СГН в марте (в феврале было 714): см. УВКБ ООН, «Обновленная информация о мерах по борьбе с Covid-19: Демократическая Республика Конго», июль 2020 г., <<https://data2.unhcr.org/en/documents/details/77850>>.
- 469 Картирование ЧСЗ в Колумбии: <<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Normatividad1/ActosAdministrativos/Decretos/2020/DECRETO%20460%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>>.
- 470 Картирование ЧСЗ в Колумбии: <<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Normatividad1/ActosAdministrativos/Decretos/2020/DECRETO%20460%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>>.

- 471 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q22.
- 472 Картирование ЧСЗ в Монголии, Q23.
- 473 Положения об охране здоровья (коронавирус, ограничения) (Англия) 2020, Положение 6 (Картирование ЧСЗ в Соединенном Королевстве, Q28).
- 474 Картирование ЧСЗ в Сьерра-Леоне, Q24: < <https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/planipolis/files/ressources/sierra-leone-covid19-education-response-plan-pdf.pdf> >.
- 475 Отчет о ГРБ, стр.116–117 и 129.
- 476 ЮНЕСКО, Влияние COVID-19 на образование <<https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>>
- 477 Картирование ЧСЗ в Сьерра-Леоне, вопросы 24 и 25.
- 478 Картирование ЧСЗ в ДР Конго, Q25.
- 479 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q25.
- 480 Картирование ЧСЗ в Монголии, Q27: Статья 1, Резолюция № 139, Меры, которые необходимо реализовать в секторе образования для профилактики коронавирусной инфекции (Covid-19).
- 481 Картирование ЧСЗ в Гондурасе, Q25: Agencia EFE, «La mitad de los alumnos en Honduras sin clases por COVID-19 están rezagado» (перевод: «В Гондурасе половина учащихся, не посещающих школу, лишены поддержки») <<https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-mitad-de-los-alumnos-en-honduras-sin-clases-por-covid-19-estan-rezagados/20000013-4236192>>.
- 482 Имея опыт борьбы со вспышкой лихорадки Эбола, власти Либерии выступили с инициативой создания радиошколы. В ДР Конго Министерство образования выпустило несколько радиосообщений и телевизионных роликов о профилактике COVID-19 и дистанционном обучении, предназначенных для учащихся и родителей. Также, оно содействовало налаживанию партнерских связей с компанией Vodacom в целях развития интернет-платформы VodaEduc. ЮНИСЕФ также опубликовал в социальных сетях обращение с призывом к организациям поделиться своими инициативами в сфере дистанционного обучения. На этот призыв ответили десятки организаций, и некоторые из них располагают контентом, основанным на конголезской школьной программе. ЮНИСЕФ находится в процессе компоновки этих учебных инициатив, а его финансовая поддержка также призвана содействовать переводу и записи дополнительного контента для обучающихся программ, передающихся по телевидению и радио.
- 483 Отчет о ГРБ, стр. 122.
- 484 Там же, стр. 135.
- 485 Инициатива «Мигранты в странах, находящихся в кризисе», «Рекомендации по защите мигрантов в странах, переживающих конфликты или бедствия», 10 июня 2016 г. <<https://reliefweb.int/report/world/guidelines-protect-migrants-countries-experiencing-conflict-or-natural-disaster>>.
- 486 Картирование ЧСЗ в Таджикистане, Q21.
- 487 Картирование ЧСЗ в Сьерра-Леоне, Q22: <https://archive.is/20110511054708/http://www.kambia.org.uk/information_about/sierra_leone.htm#election-921.0-921.208 >.
- 488 Сообщается, что в 2018 году правительство Сьерра-Леоне запустило систему социального медицинского страхования (SLeSHI), чтобы улучшить финансовую доступность здравоохранения. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136868/ccsbrief_sle_en.pdf;jsessionid=1CA4D41723C5DC297EECC1F450C53667?sequence=1 >; бесплатные медицинские услуги предоставляются в сельских районах в рамках проекта Международной организации по миграции «Укрепление национального потенциала Сьерра-Леоне в области здравоохранения посредством вовлечения диаспор». <<https://www.iom.int/news/sierra-leone-diaspora-health-professionals-offer-free-medical-services-rural-communities> > (Картирование ЧСЗ в Сьерра-Леоне, Q22).
- 489 См., например, картирование ЧСЗ в Соединенном Королевстве, Q22: Положения Национальной службы здравоохранения (сборы с иностранных посетителей) (поправка) 2020 г. < <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2020/59/contents/made> >.
- 490 Картирование ЧСЗ в Китае, Q21: см. <<https://clb.org.hk/content/china%E2%80%99s-social-security-system>>.
- 491 Картирование ЧСЗ в Либерии, Q21.
- 492 Картирование ЧСЗ в Испании, Q22: Королевский указ-закон 7/2018 о всеобщем доступе к национальной системе здравоохранения («RDL 7/2018») от 27 июля 2018 г. (на испанском языке)<https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752>.
- 493 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q21: В соответствии с которым создается всеобъемлющая система социального обеспечения и издаются другие положения (Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones), 23 декабря 1993 г. <http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html>.
- 494 Там же: «Миграция и здоровье: национальный вызов в эпоху коронавируса» (Migración y salud: el reto nacional en época de coronavirus), Pontificia Universidad Javeriana Colombia) (21 апреля 2020 г.) (доступно на испанском языке)<<https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/migracion-y-salud-el-reto-nacional-en-epoca-de-coronavirus/>>.
- 495 Картирование ЧСЗ в Республики Корея, Q21: <<https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399>>.
- 496 Картирование ЧСЗ в Новой Зеландии, Q23.
- 497 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q21: «Колумбия просит международной поддержки, чтобы позаботиться о венесуэльских иммигрантах во время пандемии», 13 апреля 2020 г. <<https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/13/colombia-pide-apoyo-internacional-para-atender-migrantes-venezolanos-ante-pandemia/>>.
- 498 Там же: ПРООН, «Положение мигрантов в Латинской Америке в контексте COVID-19», 19 мая 2020 г. <<https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/blog/2020/la-situacion-de-los-migrantes-en-america-latina-en-el-contexto-d.html>>.
- 499 Там же: «Колумбия просит международной поддержки, чтобы позаботиться о венесуэльских иммигрантах во время пандемии» (Colombia pide apoyo internacional para atender migrantes venezolanos ante pandemia), infobae, 13 апреля 2020 г. <<https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/13/colombia-pide-apoyo-internacional-para-atender-migrantes-venezolanos-ante-pandemia/>>.
- 500 <<https://apnews.com/article/access-to-health-care-health-statutes-colombia-venezuela-7767509edf281a6e0b394d4b0b187eca>>.
- 501 Картирование ЧСЗ в Гондурасе, Q21
- 502 Картирование ЧСЗ в Нью-Йорке, Q22
- 503 См. Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q16 и 17.
- 504 Картирование ЧСЗ в ОАЭ, Q17.
- 505 Картирование ЧСЗ в Колумбии, Q26.
- 506 Картирование ЧСЗ в ОАЭ, Q17: <https://fcsa.gov.ae/en-us/Lists/D_Reports/Attachments/49/UAE%20Gov%20Initiatives%20to%20Combat%20Covid-19%20-%20En.pdf>.
- 507 Картирование ЧСЗ в Австралии, стр.99
- 508 Картирование ЧСЗ в Бразилии, Q23: см. Постановления 413 от 13 марта 2020 г. и 419 от 17 марта 2020 г.
- 509 Картирование ЧСЗ в Австралии: < <https://www.health.gov.au/committees-and-groups/aboriginal-and-torres-strait-islander-advisory-group-on-covid-19> >.
- 510 Там же, Q6.10: <<https://www.health.gov.au/resources/publications/australian-health-sector-emergency-response-plan-for-novel-coronavirus-covid-19>>.

- 511 Этот термин охватывает ряд субъектов и включает: (а) профессиональный персонал служб чрезвычайной помощи, нанятый государством или государственными органами, например, пожарные и полицейские службы, при этом в контексте ЧСЗ в основном подразумеваются работники системы здравоохранения, такие как экипажи скорой помощи и парамедики, (б) волонтерские группы реагирования на уровне сообществ; а также (с) Национальные общества Красного Креста или Красного Полумесяца и другие уважаемые гуманитарные организации, работающие на профессиональной или волонтерской основе.
- 512 Руководящие принципы МЗРБ: <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1327>>.
- 513 73-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Резолюция о противодействии COVID-19, 19 мая 2020 г., WHA73.1 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf>.
- 514 Картирование чрезвычайных декретов в Колумбии, Q3, также см. Указ 531 от 8 апреля 2020 г.
- 515 Картирование чрезвычайных декретов в Венесуэле, Q2.
- 516 Аль-Таммеми, А.Б., «Битва против COVID-19 в Иордании: предварительный обзор опыта Иордании», *Frontiers in Public Health*, 7 мая 2020 г. <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00188/full>>.
- 517 Картирование чрезвычайных декретов в Кении, Q4.
- 518 Там же, Q4.
- 519 Картирование чрезвычайных декретов в Южной Африке, Q4.
- 520 Стир, Д., «Соглашения о взаимной помощи: основные правовые инструменты для обеспечения готовности и реагирования в сфере общественного здравоохранения», *American Journal of Public Health*. 2007 г., апрель, 97 (Приложение 1) <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854975/>>.
- 521 Другие примеры включают Багамы, Ямайку и Гватемалу.
- 522 См. Картирование чрезвычайных декретов на Филиппинах.
- 523 См., например, Картирование чрезвычайных декретов в Гане, Q4.
- 524 См., например, Картирование чрезвычайных декретов на Антигуа, Q6.
- 525 См., например, Южная Африка, Q4.
- 526 См., например, Южная Африка, Q4.
- 527 Картирование чрезвычайных декретов в Колумбии, Q4.
- 528 Картирование чрезвычайных декретов в Колумбии, Q4.
- 529 Реагирование на пандемию коронавируса (COVID-19) в рамках политики ОЭСР. «Никто не разрабатывает политику сам по себе: международное сотрудничество в сфере регулирования при реагировании на кризис с COVID-19» (8 июня 2020 г.) <<http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/no-policy-maker-is-an-island-the-international-regulatory-co-operation-response-to-the-covid-19-crisis-3011ccd0/>>.
- 530 На момент Картирования чрезвычайных декретов Мексика, Зимбабве и Соединенное Королевство, похоже, не ввели никаких запретов, связанных с COVID-19.
- 531 Одним из положительных моментов ограничений для использования иностранных специалистов было то, что агентства были вынуждены предоставить больше возможностей местным участникам и тем самым невольно отреагировали на имевшиеся жалобы о том, что чрезмерное привлечение международных организаций снижает возможности по участию местных групп реагирования. Тем не менее, неизбирательные запреты не являются предпочтительным способом достижения этого результата, потому что они также блокируют использование наработанного международного опыта и определенного оборудования и материалов, которые действительно необходимы. См., например, меры, принятые Тихоокеанскими национальными обществами МФОКК и КП после циклона «Гарольд» на фоне пандемии COVID-19, 29 апреля 2020 г. <<https://media.ifrc.org/ifrc/2020/04/29/pacific-national-societies-respond-cyclone-harold-time-covid-19/>>; и Австралийский Красный Крест, Гуманитарная консультативная группа и Институт безопасности человека и социальных изменений при Университете Ла Троба, «Окно возможностей: применение опыта борьбы с COVID-19 для построения местного потенциала реагирования и развития», аналитическая статья, ноябрь 2020 г. <<https://humanitarianadvisorygroup.org/wp-content/uploads/2020/12/A-Window-of-Opportunity-COVID-think-piece-24-November-2020.pdf>>.
- 532 Картирование чрезвычайных декретов в Гвинее, Q3.
- 533 Картирование чрезвычайных декретов в Судане, Q3.
- 534 Картирование чрезвычайных декретов в Уганде, Q3: Положения о запретах в связи с COVID-19 от 2020 г. (Уганда), нормативный акт. 3 (а); Картирование чрезвычайных декретов в Анголе, Q3. Однако это могло происходить в рамках более общих правил въезда и передвижения персонала ООН, например, основанных на Конвенции 1946 года о привилегиях и иммунитетах сотрудников Организации Объединенных Наций.
- 535 Картирование чрезвычайных декретов в Нидерландах, Q3.
- 536 Картирование чрезвычайных декретов в Нигерии, Q3.
- 537 BDO в Австралии, «Послабления для поездок — пограничные меры в связи с COVID-19», 27 июля 2020 г. <www.bdo.com.au/en-au/insights/migration-services/articles/travel-exemptions-covid-19-border-measures>.
- 538 Польша, Картирование чрезвычайных декретов, Q3.
- 539 Камбоджа, Таиланд и Гаити, Картирование чрезвычайных декретов, Q3.
- 540 См., например, меры, принятые Тихоокеанскими национальными обществами МФОКК и КП после циклона «Гарольд» на фоне пандемии COVID-19, 29 апреля 2020 г. <<https://media.ifrc.org/ifrc/2020/04/29/pacific-national-societies-respond-cyclone-harold-time-covid-19/>>.
- 541 Картирование чрезвычайных декретов в Мьянме, Q3.
- 542 Картирование чрезвычайных декретов в Кении, Q3.
- 543 Картирование чрезвычайных декретов в Республике Корея, Q1.3.
- 544 Руководящие принципы МЗРБ, параграф 16.
- 545 Картирование чрезвычайных декретов в Индонезии, Q3.
- 546 Картирование чрезвычайных декретов в Индии, Q3.
- 547 Руководство по чрезвычайной помощи в рамках приграничного сотрудничества в области здравоохранения в ЕС в связи с кризисом COVID-19, Европейская комиссия, апрель 2020 г. <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/guidelines_on_eu_emergency_assistance_in_cross-border_cooperation_in_healthcare_related_to_the_covid-19_crisis.pdf>.
- 548 ВОЗ, Совместная внешняя оценка основных возможностей по ММСП Швейцарской Конфедерации и Княжества Лихтенштейн по ММСП, Всемирная организация здравоохранения (ноябрь 2017 г.) <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274958/WHO-WHE-CPI-2018.26-eng.pdf?ua=1>>.
- 549 ВОЗ, Совместная внешняя оценка основных возможностей по ММСП Республики Армения, Всемирная организация здравоохранения (август 2016 г.) <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254745/WHO-WHE-CPI-2017.14-eng.pdf?sequence=1>>.
- 550 Директива 2005/36/ЕС о признании профессиональной квалификации.

- 551 Европейская комиссия, «Внутренний рынок, промышленность, предпринимательство и МСП: признание профессиональной квалификации на практике» <https://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/qualifications-recognition_en>.
- 552 См. Медицинский институт при Национальных академиях, «Стандарты помощи в кризисных ситуациях: Системная основа для реагирования на катастрофические бедствия» (The National Academies Press, 2012), стр. 57.
- 553 См. также Федерация государственных медицинских комиссий, «Штаты и территории США изменяют лицензионные требования для врачей в связи с COVID-19», 26 мая 2020 г. <<https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/pdf/state-emergency-declarations-licensures-requirements-covid-19.pdf>>.
- 554 Картирование чрезвычайных декретов в Южной Африке, Q3.
- 555 Картирование чрезвычайных декретов в Руанде, Q3.
- 556 Картирование чрезвычайных декретов в Колумбии и Перу, Q3.
- 557 Более общие региональные или двусторонние инструменты, не включенные в Картирование чрезвычайных декретов, также могли предусматривать более гибкие механизмы для поставки, транзита или получения товаров и оборудования.
- 558 Всемирная торговая организация, «COVID-19 и мировая торговля», 2020 г. <https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/covid19_e.htm>.
- 559 Там же.
- 560 Исполнительное распоряжение Комиссии ЕС (EU) 2020/568 от 23 апреля 2020 года, согласно которому экспорт определенных продуктов требует оформления разрешения на экспорт:< <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1587740775954&uri=CELEX:32020R0568>>.
- 561 ЮНКТАД, «Как страны могут использовать упрощение процедур торговли для борьбы с пандемией COVID-19», <https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/dtiinf2020d2_en.pdf>.
- 562 См., например, Аренд Фокс, «Справочное руководство: Международный экспортный контроль масок и других медицинских средств индивидуальной защиты». <<https://www.arentfox.com/perspectives/alerts/reference-guide-worldwide-export-controls-face-masks-and-other-medical-personal>>.
- 563 COVID-19 — Актуальная информация ВТамО <<http://www.wcoomd.org/en/topics/facilitation/activities-and-programmes/natural-disaster/coronavirus.aspx>>.
- 564 Руководящие принципы МЗРБ, параграф 21; Контрольный список ГРБ, вопрос 6.
- 565 KPMG, Демократическая Республика Конго (ДРК): Налоговые изменения в связи с Covid-19, 3 апреля 2020 г. <<https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/democratic-republic-of-congo-tax-developments-in-response-to-Covid-19.html>>.
- 566 Картирование чрезвычайных декретов в Сингапуре.
- 567 Картирование чрезвычайных декретов Китая, Q5.
- 568 Картирование чрезвычайных декретов в Венесуэле, Q4.



Международная Федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОКК и КП) — крупнейшая в мире гуманитарная сеть, объединяющая **192 национальных общества Красного Креста и Красного Полумесяца** и около **16.5 миллионов волонтеров**. Наши волонтеры присутствуют в сообществах до, во время и после кризиса или бедствия. Мы работаем в самых труднодоступных и сложных местах в мире, спасая жизни и отстаивая человеческое достоинство. Мы поддерживаем сообщества, чтобы они стали более сильными и устойчивыми местами, где люди могут жить безопасной и здоровой жизнью и иметь возможности для процветания.