

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ГОСУДАРСТВ В ОТНОШЕНИИ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ: НА ГРАНИ МЕЖДУ ИДЕАЛИЗМОМ И РЕАЛИЗМОМ

**Авдеева Ольга Алексеевна**

Аспирант кафедры международного права Уральского государственного юридического университета имени В. Ф. Яковлева (Екатеринбург), ORCID: 0000-0002-3794-086X, e-mail: o.a.avdeeva1@usla.ru.

*Статья посвящена анализу международно-правовых обязательств государств в сфере реализации права на здоровье. Рассматриваются универсальные правовые инструменты и региональные стандарты, которые формируют многоуровневую систему гарантий. В фокусе исследования – толкование норм универсальных и региональных договоров, а также практика международных органов, демонстрирующая, как обязательства применяются в реальных условиях. Особое внимание уделяется трехуровневой модели обязательств государств – уважать, защищать и осуществлять – с акцентом на предотвращение дискриминации, обеспечение доступа к базовым медицинским услугам и защиту уязвимых групп. Исследуются современные вызовы, такие как пандемии, цифровизация здравоохранения и экологические угрозы. Подчеркивается необходимость международного сотрудничества, предлагаются рекомендации по укреплению систем здравоохранения посредством интеграции правовых норм, инвестиции в инфраструктуру и учета глобальных рисков на основе баланса между суверенитетом государств и обязательством гарантировать здоровье как общественное благо.*

*Ключевые слова: право на здоровье, здравоохранение, обязательства государств, уязвимые группы, пандемии, уровни обязательств*

*Для цитирования: Авдеева О. А. Обязательства государств в отношении права на здоровье: на грани между идеализмом и реализмом // Электронное приложение к «Российскому юридическому журналу». 2025. № 2. С. 49–56. DOI: [https://doi.org/10.34076/22196838\\_2025\\_2\\_49](https://doi.org/10.34076/22196838_2025_2_49).*

## STATES OBLIGATIONS UNDER THE RIGHT TO HEALTH: ON THE BORDERLINE BETWEEN IDEALISM AND REALISM

**Avdeeva Olga**

Postgraduate, Ural State Law University named after V. F. Yakovlev (Yekaterinburg), ORCID: 0000-0002-3794-086X, e-mail: o.a.avdeeva1@usla.ru.

*The article is devoted to the analysis of international legal obligations of states in the field of implementing the right to health. It examines universal legal instruments and regional standards that form a multilevel system of guarantees. The focus of the study is on the interpretation of norms from universal and regional treaties, as well as the practice of international bodies, demonstrating how these obligations are applied in real-world contexts. Special attention is paid to the three-tier model of state obligations – to respect, protect and fulfill – with an emphasis on preventing discrimination, ensuring access to basic healthcare services, and protecting vulnerable groups. The article explores contemporary challenges such as pandemics, digitalization of healthcare and environmental threats. It highlights the necessity of international cooperation and provides recommendations for strengthening healthcare systems through the integration of legal norms, infrastructure investment and consideration of global risks, based on balancing state sovereignty and the obligation to guarantee health as a public good.*

*Key words: right to health, public health, state obligations, vulnerable groups, pandemics, levels of obligation*

*For citation: Avdeeva O. (2025) States obligations under the right to health: on the borderline between idealism and realism. In Elektronnoe prilozhenie k «Rossiiskomu yuridicheskomu zhurnaluu», no. 2, pp. 49–56, DOI: [https://doi.org/10.34076/22196838\\_2025\\_2\\_49](https://doi.org/10.34076/22196838_2025_2_49).*

Право на здоровье как ключевой элемент того комплекса правовых норм, что принято называть международным правом прав человека, занимает центральное место в обеспечении достойного качества жизни и устойчивого развития<sup>1</sup>. Его актуальность в XXI в. обусловлена глобальными вызовами, включая пандемии (такие как COVID-19) и экономические кризисы, сохраняющееся неравенство в доступе к медицине, экологические угрозы и увеличение числа хронических заболеваний. Эти проблемы требуют четкого понимания обязательств государств, которые, будучи субъектами международного права, несут ответственность за реализацию права на здоровье как на национальном, так и на международном уровне.

Международно-правовые источники права на здоровье формируют многоуровневую систему, сочетающую универсальные и региональные нормы. На универсальном уровне ключевую роль играет Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (далее – МПЭСКП), ст. 12 которого закрепляет право на «наивысший достижимый уровень здоровья». Этот документ, дополненный Замечанием общего порядка № 14 Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам, устанавливает обязательства государств по обеспечению доступности, приемлемости, качества и недискриминации в сфере здравоохранения<sup>2</sup>. Дополняют эту систему специализированные конвенции, такие как Конвенция о правах ребенка и Конвенция о ликвидации дискриминации в отношении женщин, которые акцентируют внимание на защите права на здоровье уязвимых групп. Устав ВОЗ и Цели устойчивого развития подчеркивают глобальный характер права на здоровье, связывая его с борьбой с бедностью и экологическими вызовами.

Особенность универсальных актов заключается в закреплении обязательств государств на глобальном уровне, обеспечении единых подходов к реализации права на здоровье для каждого человека, независимо от гражданства, места проживания или социального статуса. Можно также сделать вывод о комплексном характере обязательств, поскольку под правом на здоровье понимается не только право на доступ к медицинским услугам, но и связанные с ним аспекты, такие как право на чистую окружающую среду, доступ к чистой воде, питанию, гигиене и просвещению в области здоровья.

Значимость международного сотрудничества для реализации права на здоровье определяется ст. 2 МПЭСКП, призывающей развитые страны оказывать помощь развивающимся государствам в достижении целей в области здравоохранения. Кроме того, Цели устойчивого развития (ЦУР), принятые ООН в 2015 г., также акцентируют внимание на глобальном партнерстве для достижения ЦУР 3 («Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте»).

Кроме того, универсальные источники подчеркивают тесную взаимосвязь с другими правами человека, такими как право на жизнь, право на образование, право на труд и право на благоприятную окружающую среду. Например, в ст. 25 Конвенции о правах инвалидов закреплено обязательство обеспечения инвалидам доступа к медицинским услугам наравне с другими гражданами, что подчеркивает взаимосвязь права на здоровье и запрета дискриминации.

Таким образом, универсальные источники права на здоровье отличаются широким охватом, комплексным подходом и акцентом на недискриминацию и международное сотрудничество. Они формируют основу для разработки внутригосударственного законодательства в области здравоохранения и обеспечивают ответственность государств перед международным сообществом.

Региональные нормы играют важную роль в защите и продвижении права на здоровье, дополняя универсальные международные стандарты и адаптируя их к специ-

<sup>1</sup> Подробнее: Авдеева О. А. Право на здоровье в международном праве: от аморфного архетипа к синтетической концепции // Российское право: образование, практика, наука. 2023. № 4. С. 45–52. DOI: [10.34076/2410\\_2709\\_2023\\_4\\_45](https://doi.org/10.34076/2410_2709_2023_4_45).

<sup>2</sup> Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14 (2000).

фическим условиям и потребностям отдельных регионов. Они обеспечивают более детализированное регулирование и создают механизмы для эффективной реализации права на здоровье на региональном уровне. Среди ключевых аспектов региональных норм можно выделить адаптацию к культурным, экономическим и социальным особенностям региона (в африканском регионе – борьба с инфекционными заболеваниями, доступ к чистой воде и санитарии<sup>1</sup>; в европейском регионе – доступность высокотехнологичной медицинской помощи, защита прав пациентов и борьба с дискриминацией<sup>2</sup>; в американском регионе – обеспечение доступа к медицинским услугам для коренных народов) и усиление механизмов защиты права (создание специализированных международных органов).

Зачастую региональные акты устанавливают более строгие обязательства государств, тем самым обеспечивая более высокие стандарты. Например, в ст. 11 Европейской социальной хартии закреплено обязательство государств не только обеспечивать доступ к медицинским услугам, но и принимать меры для предотвращения заболеваний и обеспечения общественного здоровья. Таким образом, они дополняют универсальные международные нормы, делая их более четкими и применимыми, не только конкретизируя обязательства, но и создавая эффективные инструменты обеспечения их соблюдения через судебные и квазисудебные органы<sup>3</sup>.

**Уровни обязательств государств.** Все права человека, включая право на здоровье, налагают на государства три уровня обязательств: уважать, защищать и осуществлять. Неспособность или нежелание государства, будь то действие или бездействие, соблюдать обязательства по уважению, защите или осуществлению права равносильны нарушению этого права<sup>4</sup>. Каждый из этих уровней обязательств распространяется и на право на здоровье.

Обязательство *уважать* требует от государств воздерживаться от любых действий, которые прямо или косвенно негативно влияют на право на здоровье. Например, государства должны воздерживаться от отказа или ограничения равного доступа для всех лиц и групп к профилактическим, лечебным и паллиативным медицинским услугам. Государства обязаны, в частности, воздерживаться от дискриминации в отношении женщин и девочек<sup>5</sup> и от навязывания дискриминационной практики, связанной с состоянием здоровья и потребностями женщин и девочек, такой как ограничение доступа к современным средствам контрацепции, стерилизация женщины без ее информированного согласия, цензура, сокрытие или намеренное искажение информации, касающейся здоровья женщин, включая сексуальное образование и другие способы поддержания сексуального и репродуктивного здоровья женщин и детей, а также не препятствовать участию женщин в вопросах, связанных со здоровьем<sup>6</sup>.

Кроме того, для обеспечения реализации права на здоровье государства также должны воздерживаться от депортации лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, в государства, где они не смогут получить лечение, если их болезнь достигла терминальной стадии. Такой позиции придерживается ЕСПЧ в деле *«D. v. the United Kingdom»*, которое касалось предлагаемой депортации британскими властями мужчины, умирающего от СПИДа, в Сент-Китс и Невис, страну его происхождения. Диагноз был поставлен во время нахождения в британской тюрьме. Заявитель обратился за разрешением остаться в Соединенном Королевстве после окончания срока тюремного заключения. Его депортация в Сент-Китс и Невис повлекла бы за собой утрату должного медицинского обслуживания, которое он получал. ЕСПЧ отметил, что заявитель находил-

<sup>1</sup> Африканская хартия прав человека и народов (1981) // Международные акты о правах человека: сб. документов. М.: Норма, 2002. С. 887–905.

<sup>2</sup> Европейская социальная хартия (пересмотренная): принята в Страсбурге 3 мая 1996 г.; ратифицирована Федеральным законом от 3 июня 2009 г. № 101-ФЗ. Документ прекратил действие в отношении России 16 марта 2022 г. (Федеральный закон от 28 февраля 2023 г. № 43-ФЗ).

<sup>3</sup> Постановление Европейского Суда по правам человека по делу *«Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal»*. 56080/13, ECHR, 2017.

<sup>4</sup> Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 24 (2017).

<sup>5</sup> Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14 (2000).

<sup>6</sup> Ssenyonjo M. Economic, Social and Cultural Rights. 2<sup>nd</sup> ed. L.: Routledge, 2018. 667 p.

ся на поздней стадии СПИДа, и постановил, что резкое прекращение медицинского лечения в результате депортации заявителя в Сент-Китс и Невис подвергнет его реальному риску смерти при самых тяжелых обстоятельствах, что будет приравнено к бесчеловечному обращению. Суд отметил, что резкая отмена лекарственных препаратов, предоставляемых в государстве-ответчике, а также предполагаемое отсутствие адекватных методов лечения, любой формы психологической или социальной поддержки в принимающей стране ускорит смерть заявителя и подвергнет его острым душевным и физическим страданиям<sup>1</sup>. Ввиду этих исключительных обстоятельств, принимая во внимание терминальную стадию, на которую перешло заболевание заявителя, Суд постановил, что заявитель не должен быть депортирован.

Однако в более поздних делах ЕСПЧ высказал противоположную позицию<sup>2</sup>. Заявительница, гражданка Уганды, ВИЧ-инфицированная, прибыла в Великобританию под вымышленным именем. На следующий день, будучи тяжелобольной, она была госпитализирована в больницу, где ей был поставлен диагноз: ВИЧ-инфекция с серьезным повреждением иммунной системы и туберкулез. После длительного пребывания в больнице у нее развилось второе заболевание – особенно агрессивная форма онкологии. Она была повторно госпитализирована и начала длительный курс химиотерапии. После нескольких лет лечения и многочисленных рецидивов произошла ремиссия. Врачи охарактеризовали ее состояние как стабильное и добавили, что если бы она осталась в Великобритании, то продолжительность жизни значительно бы увеличилась в связи с доступностью современных препаратов. В случае возвращения в Уганду продолжительность жизни значительно сократится с десятилетий до 1–2 лет. В этих обстоятельствах заявительница утверждала, что в случае ее возвращения в Уганду она не будет иметь доступа к медицинскому лечению, в котором она нуждается, и что это приведет к нарушению ст. 3 и 8 ЕКПЧ.

Однако даже при таких обстоятельствах Суд постановил, что в случае высылки заявительницы в Уганду нарушение ст. 3 Конвенции отсутствует, поскольку в данном деле не было исключительных обстоятельств, как в деле «*D. v. United Kingdom*». Суд признал, что качество жизни заявительницы и продолжительность ее жизни действительно пострадают, если она будет депортирована в Уганду. Однако заявительница в момент рассмотрения дела не была тяжело больна. Скорость ухудшения состояния, которое она испытывает, и уровень качества медицинского обслуживания в Уганде, включая помощь родственников, нельзя определить наверняка, особенно с учетом постоянно меняющейся ситуации в отношении лечения ВИЧ-инфекции во всем мире.

Таким образом, позиция ЕСПЧ по данному вопросу неоднозначна. Хотя причина не всегда указывается прямо, она, по-видимому, основана на утверждении, что признание нарушения ст. 3 в случаях, связанных с жалобами на некачественное медицинское обслуживание в других государствах, повлечет волну иммиграции в Европу, где качество медицинского обслуживания и доступ к лекарствам значительно выше. Государства обязаны уважать равный доступ к медицинским услугам и не препятствовать отдельным лицам или группам лиц в их доступе, воздерживаясь от ряда практик, которые негативно влияют на реализацию права на здоровье. При этом данное обязательство выполняется с учетом принципа суверенного равенства государств.

Обязательство *защищать* требует от государств принятия мер, которые препятствуют вмешательству третьих лиц в право на здоровье. Государства обязаны принять законодательные или иные меры для обеспечения равного доступа к здравоохранению, обеспечить, чтобы приватизация сектора здравоохранения не представляла угрозы наличию, доступности, приемлемости и качеству медицинских товаров и услуг, обеспечить, чтобы медицинский персонал отвечал стандартам образования, квалификации и этическим нормам<sup>3</sup>.

Государства также обязаны принимать законодательные и другие меры по защите отдельных лиц от вредных социальных или традиционных практик, которые вле-

<sup>1</sup> Постановление Европейского Суда по правам человека по делу «*D. v. the United Kingdom*». 30240/96. ECHR, Judgment 2.5.1997, par. 53.

<sup>2</sup> Постановление Европейского Суда по правам человека по делу «*N. v. Great Britain*». 26565/05. 2008.

<sup>3</sup> A Healthy knowledge. Right to information and the right to health. L.: Article 19, 2012.

кут негативные последствия для здоровья. Например, государства должны принять меры, чтобы предотвратить традиционные принудительные калечащие операции на женских половых органах и другие вредные традиционные практики, включая ранние браки, раннюю беременность, практики, нормализующие операции детей, и др. Аналогично обязательство защищать обязывает государства препятствовать производству, продаже и потреблению табака, алкоголя и наркотических веществ<sup>1</sup>. Кроме того, государства обязаны принимать меры по защите всех уязвимых групп общества, в частности женщин, детей, подростков и пожилых людей. Государства также должны защищать право на доступ к информации, связанной со здоровьем, от вмешательства третьих лиц<sup>2</sup>.

Обязательство осуществлять предполагает принятие соответствующих законодательных, административных, финансовых, судебных и других мер для содействия (например, посредством надлежащей подготовки врачей и другого медицинского персонала и предоставления достаточного количества медицинских учреждений), поощрения или предоставления доступа к основным предпосылкам здоровья (в случае неспособности по не зависящим от отдельных лиц причинам реализовать право на здоровье с помощью имеющихся в их распоряжении средств). Комитет по экономическим, социальным и культурным правам отметил, что, хотя нет причин, по которым частный сектор экономики не должен быть полностью вовлечен в предоставление медицинских услуг, необходимо понимать, что такой подход никоим образом не освобождает правительство от обязательств использовать все имеющиеся средства для содействия доступу к системе здравоохранения, особенно для неблагополучных слоев населения<sup>3</sup>. В деле «*Purohit and Moore v. The Gambia*» правозащитники стали свидетелями бесчеловечного обращения с пациентами в психиатрическом отделении больницы в Гамбии<sup>4</sup>. Они подали жалобу в Африканскую комиссию от имени пациентов, содержащихся в отделении. Основным законодательным актом, регулирующим вопросы психического здоровья в Гамбии, был закон о содержании психически больных, принятый еще в 1917 г. В жалобе указывалось, что колониальное законодательство имело серьезные недостатки; среди прочего, отсутствовали положения, устанавливающие гарантии диагностики, освидетельствования и содержания пациента. Африканская комиссия постановила, что лицам с психическими заболеваниями не должно быть отказано в праве на надлежащее медицинское обслуживание, которое имеет решающее значение для их выживания, ассимиляции и принятия обществом в целом. В этом отношении обязательство содействовать реализации права на здоровье является жизненно важным, поскольку деятельность коммерческих организаций в сфере здравоохранения весьма сложно контролировать, так как они могут быть нацелены на извлечение прибыли, и соблюдение прав человека отходит на второй план.

**Минимальные основные обязательства.** Государства несут основное обязательство по обеспечению удовлетворения, по крайней мере, минимальных стандартов прав, провозглашенных в МПЭСКП, включая основную первичную медико-санитарную помощь и основные предпосылки здоровья. В контексте здравоохранения минимальное основное обязательство признают уровнем, ниже которого не должны опускаться условия и услуги здравоохранения<sup>5</sup>. Это применимо в любое время, независимо от наличия ресурсов или любых других факторов. Что касается минимального основного содержания права на здоровье, то в программе ВОЗ «Здоровье для всех» и стратегии ВОЗ в области первичной медико-санитарной помощи определен базовый уровень здоровья, ниже которого не должен оказаться ни один человек ни в одной стране<sup>6</sup>. По мнению Комитета, основные обязательства в отношении здоро-

<sup>1</sup> Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14 (2000).

<sup>2</sup> A Healthy knowledge. Right to information and the right to health.

<sup>3</sup> Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам. Заключительные замечания: Филиппины. UN Doc E/C.12/1995/7.

<sup>4</sup> «*Purohit and Moore v. The Gambia*». Communication No. 241/2001. 2003. URL: <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/comcases/241-2001.html> (дата обращения: 10.03.2025).

<sup>5</sup> Chapman A. R. Conceptualising the Right to Health: A Violations Approach // Tennessee Law Review. 1998. Vol. 65. № 2. P. 398–418.

<sup>6</sup> Первичная медико-санитарная помощь: ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (дата обращения: 10.03.2025).

вья включают, самое меньшее, обязательства обеспечить право на доступ к медицинским учреждениям, питанию, достаточному для предотвращения голода, жилью и гигиене, основным лекарственным препаратам, а также принятие и осуществление национальной стратегии в области здравоохранения. Стратегии и программы действий должны разрабатываться и периодически пересматриваться на основе статистических данных, они должны включать контрольные показатели, с помощью которых можно тщательно отслеживать прогресс, также особое внимание должно быть уделено уязвимым группам.

С одной стороны, акцент сделан на доступе к медицинским учреждениям на недискриминационной основе, обеспечении основными лекарствами и осуществлении национальной стратегии в области здравоохранения (система здравоохранения). С другой стороны, обязательства сосредоточены на доступе к питанию, чистой питьевой воде и жилью (основные предпосылки здоровья). Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам также подтвердил, что отдельные обязательства являются обязательствами «сопоставимого приоритета», например проведение вакцинации против основных заболеваний, обеспечение репродуктивного здоровья и здоровья детей, просвещение в вопросах здоровья, подготовка квалифицированного персонала и др.<sup>1</sup> Это означает, что, обеспечив выполнение минимальных основных обязательств, рассмотренных выше, государства обязаны выполнять обязательства «сопоставимого приоритета».

Говоря о возможности пострадавших от предполагаемых нарушений права на здоровье лиц или групп обращаться в международные органы, отдельные ученые утверждают, что экономические, социальные и культурные права как категорию можно признать «не подлежащими судебному рассмотрению»<sup>2</sup>.

Это связано, во-первых, с тем, что такие права являются ресурсоемкими и «дорогостоящими» по своей природе и, следовательно, могут налагать неконтролируемое тяжелое бремя на государства<sup>3</sup>. Представляется, что в той мере, в какой такие дела связаны с приоритетами расходов государственного бюджета, эти решения остаются в сфере исключительной компетенции органов власти государств<sup>4</sup>. Экономические, социальные и культурные права вызывают значительный объем позитивных обязательств в том смысле, что государства должны принимать меры для их обеспечения и затрачивать материальные ресурсы, в то время как для обеспечения гражданских и политических прав государства обладают большим объемом негативных обязательств, а значит, и ресурсов требуется меньше.

Во-вторых, утверждается, что экономические, социальные и культурные права (в том числе право на здоровье) не подлежат судебной и квазисудебной защите ввиду расплывчатой формулировки и отсутствия точного определения того или иного права. Они являются лишь «идеалами» или «программными ориентирами для государственной политики», в отличие от тех же политических прав человека<sup>5</sup>. Отчасти именно по этой причине далеко не все участники МПЭСКП ратифицировали Факультативный протокол, закрепляющий механизм рассмотрения Комитетом индивидуальных жалоб<sup>6</sup>. Тем не менее права человека обеспечиваются посредством выполнения негативных обязательств, не требующих практически никаких ресурсов (обязательство уважать), создания нормативно-правовой основы, для чего нужны некоторые ресурсы (обязательство защищать), и выполнения позитивных обязательств, требующих, в разной степени, значительных ресурсов (обязательство осуществлять).

<sup>1</sup> Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14 (2000).

<sup>2</sup> *Fabre C.* Constitutionalising Social Rights // *Journal of Political Philosophy*. 2002. № 6. P. 263–284. DOI: 10.1111/1467-9760.00055.

<sup>3</sup> *Sunstein C. R.* Against Positive Rights // *2 East European Constitutional Review*. 1993. P. 35–38.

<sup>4</sup> *Mureinik M.* Beyond a Charter of Luxuries: Economic Rights in the Constitution // *South African Journal of Human Rights*. 1992. Vol. 8. № 4. P. 464–474.

<sup>5</sup> *Arambulo K.* Strengthening the Supervision of the ICESCR: Theoretical and Procedural Aspects. Antwerp: Intersentia, 1999. P. 136–141.

<sup>6</sup> Всего 26 государств-участников, Российская Федерация не ратифицировала.

В современном мире выполнение обязательств государств по обеспечению права на здоровье сталкивается со множеством вызовов, обусловленных глобальными изменениями в социальной, экономической и экологической сферах. Одним из наиболее острых вызовов выступают пандемии, такие как COVID-19, которые выявили слабость национальных систем здравоохранения. Нехватка медицинских ресурсов, медленное реагирование на кризисы и неравномерное распределение вакцин подчеркивают необходимость укрепления глобальной готовности к пандемиям<sup>1</sup>. Государства обязаны не только инвестировать в инфраструктуру здравоохранения, но и активно сотрудничать на международном уровне для обеспечения справедливого доступа к медицинским ресурсам и технологиям<sup>2</sup>.

Еще одним значимым вызовом является неравенство в доступе к медицинским услугам, которое усугубляется социально-экономическими и географическими факторами. Уязвимые группы, такие как мигранты, беженцы и коренные народы, часто сталкиваются с дискриминацией и ограниченным доступом к качественной медицинской помощи<sup>3</sup>. Кроме того, изменение климата и экологические угрозы создают дополнительные риски для здоровья населения, требуя от государств разработки стратегий адаптации и устойчивого развития<sup>4</sup>.

Цифровизация и новые технологии (развитие телемедицины и искусственного интеллекта) открывают новые возможности для улучшения систем здравоохранения, но также создают риски, связанные с неравенством в доступе к технологиям<sup>5</sup> и защитой персональных данных<sup>6</sup>. Государства должны регулировать использование цифровых технологий, обеспечивая их доступность для всех слоев населения и защищая конфиденциальность пациентов. В условиях экономических кризисов и военных конфликтов, которые разрушают инфраструктуру здравоохранения, особое значение приобретают международное сотрудничество и гуманитарная помощь<sup>7</sup>.

Современные вызовы требуют от государств комплексного подхода, включающего укрепление национальных систем здравоохранения посредством разработки и регулярного пересмотра стратегий здравоохранения, обеспечения равного доступа к медицинским услугам и активного участия государств в глобальных инициативах, даже если полное выполнение обязательств невозможно в краткосрочной перспективе.

Правовые позиции судебных и квазисудебных органов позволяют сделать вывод о сложности обеспечения баланса между соблюдением прав человека и государственным суверенитетом. Только комплексный подход, основанный на признании универсальных минимальных стандартов и учете местных особенностей, позволит обеспечить выполнение государствами обязательств в отношении права на здоровье в условиях быстро меняющегося мира.

Для эффективной реализации права на здоровье требуется четкость в понимании и жесткость в выполнении государствами международных обязательств. Государствам необходимо перейти от декларативных заявлений и построения идеалистических конструкций к конкретным действиям, направленным на обеспечение доступности, качества и недискриминации в сфере здравоохранения. Это включает не только принятие прогрессивных законов, но и их практическое воплощение через финансирование, создание инфраструктуры и регулярный мониторинг. Только при таком подходе право на здоровье станет не аморфным архетипом, а реальной гарантией для каждого человека.

<sup>1</sup> Goodman J. L., et al. Prepare now for a potential H5N1 pandemic // *Science*. 2025. Vol. 387. Is. 6738. P. 1047–1047. DOI: 10.1126/science.adw3278.

<sup>2</sup> Global Strategy on Digital Health 2020–2025: World Health Organization (WHO). 2021.

<sup>3</sup> Reverby S. Historical Misfeasance: Immorality to Justice in Public Health // *American Journal of Public Health*. 2017. Vol. 107. № 1. P. 14–15. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303554.

<sup>4</sup> Watts N., et al. The 2019 Report of the Lancet Countdown on Health and Climate Change // *The Lancet*. 2019. Vol. 394. Is. 10211. P. 1836–1878. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32596-6.

<sup>5</sup> Абашидзе А. Х., Маличенко В. С. Проблемы обеспечения международно-правовых гарантий в сфере охраны здоровья человека в условиях пандемии COVID-19 // *Право. Журнал Высшей школы экономики*. 2022. Т. 15. № 4. С. 180. DOI: 10.17323/2072-8166.2022.4.155.183.

<sup>6</sup> Topol E. J. High-Performance Medicine: The Convergence of Human and Artificial Intelligence // *Nature Medicine*. 2019. Vol. 25. № 1. P. 44–56.

<sup>7</sup> Peters D. H., Garg A., Bloom G., et al. Poverty and Access to Health Care in Developing Countries // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008. Vol. 1136. № 1. P. 161–171. DOI: 10.1196/annals.1425.011.

**Список литературы**

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

Авдеева О. А. Право на здоровье в международном праве: от аморфного архетипа к синтетической концепции // *Российское право: образование, практика, наука*. 2023. № 4. С. 45–52. DOI: 10.34076/2410\_2709\_2023\_4\_45.

Arambulo K. *Strengthening the Supervision of the ICESCR: Theoretical and Procedural Aspects*. Antwerp: Intersentia, 1999. 449 p.

Chapman A. R. Conceptualising the Right to Health: A Violations Approach // *Tennessee Law Review*. 1998. Vol. 65. № 2. P. 389–418.

Fabre C. Constitutionalising Social Rights // *Journal of Political Philosophy*. 2002. № 6. P. 263–284. DOI: 10.1111/1467-9760.00055.

Goodman J. L., et al. Prepare now for a potential H5N1 pandemic // *Science*. 2025. Vol. 387. Is. 6738. P. 1047–1047. DOI: 10.1126/science.adw3278.

Mureinik M. Beyond a Charter of Luxuries: Economic Rights in the Constitution // *South African Journal of Human Rights*. 1992. Vol. 8. № 4. P. 464–474.

Peters D. H., Garg A., Bloom G., et al. Poverty and Access to Health Care in Developing Countries // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008. Vol. 1136. № 1. P. 161–171. DOI: 10.1196/annals.1425.011.

Reverby S. Historical Misfeasance: Immorality to Justice in Public Health // *American Journal of Public Health*. 2017. Vol. 107. № 1. P. 14–15. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303554.

Ssenyonjo M. *Economic, Social and Cultural Rights*. 2<sup>nd</sup> ed. L.: Routledge, 2018. 667 p.

Sunstein C. R. Against Positive Rights // *2 East European Constitutional Review*. 1993. P. 35–38.

Topol E. J. High-Performance Medicine: The Convergence of Human and Artificial Intelligence // *Nature Medicine*. 2019. Vol. 25. № 1. P. 44–56.

Watts N., et al. The 2019 Report of the Lancet Countdown on Health and Climate Change // *The Lancet*. 2019. Vol. 394. Is. 10211. P. 1836–1878. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32596-6.

**References**

Abashidze A. Kh., Malichenko V. S. (2022) Problemy obespecheniya mezhdunarodno-pravovykh garantii v sfere okhrany zdorov'ya cheloveka v usloviyakh pandemii COVID-19 [Problems of ensuring international legal guarantees in the field of human health protection in the context of the COVID-19 pandemic]. In *Pravo. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki*, vol. 15, no. 4, pp. 155–183, DOI: 10.17323/2072-8166.2022.4.155.183.

Arambulo K. (1999) *Strengthening the Supervision of the ICESCR: Theoretical and Procedural Aspects*. Antwerp, Intersentia, 449 p.

Avdeeva O. A. (2023) Pravo na zdorov'e v mezhdunarodnom prave: ot amorfnoho arkhetipa k sinteticheskoi kontseptsii [The Right to Health in International Law: From an Amorphous Archetype to a Synthetic Conception]. In *Rossiiskoe pravo: obrazovanie, praktika, nauka*, no. 4, pp. 45–52, DOI: 10.34076/2410\_2709\_2023\_4\_45.

Chapman A. R. (1998) Conceptualising the Right to Health: A Violations Approach. In *Tennessee Law Review*, vol. 65, no. 2, pp. 389–418.

Fabre C. (2002) Constitutionalising Social Rights. In *Journal of Political Philosophy*, no. 6, pp. 263–284, DOI: 10.1111/1467-9760.00055.

Goodman J. L., et al. (2025) Prepare now for a potential H5N1 pandemic. In *Science*, vol. 387, is. 6738, pp. 1047–1047, DOI: 10.1126/science.adw3278.

Mureinik M. (1992) Beyond a Charter of Luxuries: Economic Rights in the Constitution. In *South African Journal of Human Rights*, vol. 8, no. 4, pp. 464–474.

Peters D. H., Garg A., Bloom G., et al. (2008) Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. In *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1136, no. 1, pp. 161–171, DOI: 10.1196/annals.1425.011.

Reverby S. (2017) Historical Misfeasance: Immorality to Justice in Public Health. In *American Journal of Public Health*, vol. 107, no. 1, pp. 14–15, DOI: 10.2105/AJPH.2016.303554.

Ssenyonjo M. (2018) *Economic, Social and Cultural Rights*, 2<sup>nd</sup> ed. London, Routledge, 667 p.

Sunstein C. R. (1993) Against Positive Rights. In *2 East European Constitutional Review*, pp. 35–38.

Topol E. J. (2019) High-Performance Medicine: The Convergence of Human and Artificial Intelligence. In *Nature Medicine*, vol. 25, no. 1, pp. 44–56.

Watts N., et al. (2019) The 2019 Report of the Lancet Countdown on Health and Climate Change. In *The Lancet*, vol. 394, is. 10211, pp. 1836–1878, DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32596-6.

Дата поступления рукописи в редакцию: 20.11.2024

Дата принятия рукописи в печать: 25.03.2025