

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
БОРИСА ГРІНЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПРАВА ТА МІЖНАРОДНИХ ВІДНОСИН

Кафедра міжнародного права,
європейської та євроатлантичної інтеграції

Спеціальність 293 «Міжнародне право»
Освітня програма 293.00.01 «Міжнародне право»

БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА
на тему:
ІСТОРІЯ ТА РОЗВИТОК МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА

Студентки IV курсу групи МПб 1-21.4.0д

Антоненко Тетяни Євгеніївни

Науковий керівник – професор кафедри
міжнародного права, європейської та
євроатлантичної інтеграції

Грицяк Ігор Андрійович,
кандидат юридичних наук, доктор наук з
державного управління, професор

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ВИТОКИ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА	6
1.1. Зародження медичного права у стародавні часи	6
1.2. Роль релігії та етики у становленні медичного права	11
РОЗДІЛ 2. ФОРМУВАННЯ ОСНОВ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА	21
2.1. Становлення медичного права у новітній історії	21
2.2. Медичні стандарти у міжнародному праві	28
РОЗДІЛ 3. СУЧАСНИЙ РОЗВИТОК МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА	34
3.1. Міжнародні договори та угоди у сфері медичного права	34
3.2. Перспективи та виклики міжнародного медичного права	45
ВИСНОВКИ	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Вивчення питань, пов'язаних з історією міжнародного медичного права та його розвитком, продовжує бути актуальним насамперед з міркувань необхідності протистояти сучасним викликам і загрозам, з якими стикається сучасний світ у сфері охорони здоров'я.

Актуальність дослідження у рамках обраної теми також зумовлена динамічними процесами у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо проблем біоетики, використання новітніх медичних технологій, трансплантації органів, генетичних досліджень тощо, які потребують міжнародно-правового урегулювання.

Ще одним аргументом на користь актуальності бакалаврського дослідження в рамках окресленої теми є той факт, що проблеми в сфері охорони здоров'я вирішуються не лише на національному рівні, але й на регіональному та глобальному рівнях. Задля забезпечення їх ефективного вирішення і використовується міжнародно-правовий інструментарій, наявний у такій галузі, як міжнародне медичне право.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Протягом останніх п'яти років у наукових публікаціях з міжнародного медичного права спостерігалася значна активність у дослідженні низки ключових тем. Однією з центральних тем стала готовність до пандемії та реагування на неї. Багато статей було присвячено аналізу міжнародних правових рамок, таких як Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП), та їхньої ефективності у боротьбі з глобальними надзвичайними ситуаціями в галузі охорони здоров'я. Дослідження виявили як сильні сторони ММСП, так і їхні обмеження, особливо в контексті пандемії COVID-19. Значна увага також приділялася переговорам щодо нової Угоди про пандемію, її потенційному впливу на міжнародне співробітництво та розподіл ресурсів під час майбутніх пандемій. У багатьох публікаціях підкреслювалася напруженість між національним суверенітетом та

необхідністю міжнародної співпраці у сфері реагування на пандемії, що є ключовою дилемою в міжнародному праві.

До ключових журналів, які публікують дослідження з міжнародного медичного права за останні п'ять років, належать *Journal of Medical Ethics*, *Medical Law Review*, *Medical Law International*, *Medicine and Law*, *European Journal of Health Law* та *Journal of Law, Medicine & Public Health*. Ці журнали є важливими індикаторами поточних досліджень та тематичних напрямів у галузі міжнародного медичного права.

Протягом 2020–2025 було опубліковано низку монографій та книг, які пропонують глибокий аналіз конкретних аспектів міжнародного медичного права. Серед них можна виокремити монографію Островської Б.В. «Міжнародно-правове регулювання права людини на життя в контексті біоетики», дисертацію Хендель Н.В. «Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я». Ці видання містять історичний контекст, порівняльний аналіз та теоретичні основи для розуміння складних правових питань.

Об'єкт дослідження складають суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є історичні витoki міжнародного медичного права, формування його основ та сучасний розвиток.

Мета бакалаврської роботи полягає у вивченні історичних аспектів зародження, становлення та розвитку міжнародного медичного права через призму їх етапності.

Для досягнення поставленої мети бакалаврської роботи необхідно виконати **такі завдання**:

- вивчити питання, пов'язані із зародженням медичного права у стародавні часи;
- виявити роль релігії та етики у становленні медичного права;
- визначити періоди становлення медичного права у новітній історії;
- охарактеризувати медичні стандарти в міжнародному праві;

- проаналізувати міжнародні договори та угоди у сфері медичного права;
- спрогнозувати перспективи та виклики міжнародного медичного права.

У процесі роботи використано комплексний підхід до аналізу обраної теми. Історико-правовий метод дав змогу дослідити витоки та етапи становлення міжнародного медичного права. Порівняльно-правовий метод забезпечив аналіз відмінностей між національними та міжнародними підходами до регулювання охорони здоров'я. Системний підхід був використаний для вивчення взаємозв'язків між різними компонентами міжнародного медичного права.

Структура та обсяг. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, кожен з яких включає по 2 підрозділи, висновків та списку використаних джерел.

Загальний обсяг бакалаврської роботи становить 68 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ВИТОКИ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА

1.1. Зародження медичного права у стародавні часи

Історія міжнародного медичного права бере свій початок у давніх культурах Єгипту, Месопотамії, Індії, Китаю, Стародавнього Риму та Стародавньої Греції. У цих цивілізаціях формувалися перші правові норми, що регулювали медичну практику, встановлювали відповідальність лікарів та захищали права пацієнтів.

Також розглядаючи передумови виникнення медичного права, ми маємо звернути увагу на комплексний характер цього процесу. Медичне право, як і інші галузі права, формувалося поступово, відповідаючи на виклики свого часу.

Насамперед, варто зазначити, що медицина як професійна діяльність пройшла довгий шлях становлення. У стародавні часи медична практика вважалася привілейованою професією. Зокрема, у Стародавньому Римі до II ст. до Р. Х. взагалі обходилися без лікарів-професіоналів.

Варто детальніше розглянути медичне право різних стародавніх країн, щоб розуміти, які норми вони встановлювали та удосконалювали.

По-перше — медичне право Стародавнього Єгипту. Основним джерелом інформації про медичне право Стародавнього Єгипту є медичні папіруси. Зокрема, найстаріший медичний папірус датується приблизно 1800 роком до н.е.. Найбільш значущими документами є папірус Георга Еберса та папірус Едвіна Сміта, датовані близько 1550 року до н.е. [80]. Невідомо, хто були авторами цих папірусів, проте відомо, що папірус Георга Еберса налічує інформацію про більш як 800 лікарських рослин, а папірус Сміта містить інформацію про методи хірургії та про травматологію [80]. Навчання медицині відбувалося у спеціальних закладах — «Будинках життя», найвідоміші з яких знаходились у Саїсі, Мемфісі, Фівах та Геліополі [80]. Водночас, система правової відповідальності лікарів була досить розвиненою. Главою правової

системи офіційно був фараон, відповідальний за введення законів та здійснення правосуддя. Розвиток медичного права у Месопотамії

По-друге — медичне право Месопотамії. У Месопотамії медичне право досягло значного розвитку, про що свідчать численні клинописні таблички та юридичні документи. Найвизначнішим серед них став Кодекс Хаммурапі, датований приблизно 1754 роком до нашої ери [10]. Насамперед варто зазначити, що в Кодексі Хаммурапі містилося 9 статей, присвячених звичайним лікарям, та 2 статті щодо ветеринарів. Також документ встановлював чіткі тарифи за медичні послуги. Наприклад, складна операція коштувала 10 сиклів срібла, а будь-яке лікування раба — 2 сикла [82]. Особливу увагу привертає система відповідальності за медичні помилки. За невдале лікування передбачалися суворі покарання. Наприклад, якщо лікар під час операції спричиняв смерть пацієнта або пошкоджував його око, йому відрізали руку [68]. Разом з тим, система покарань враховувала соціальний статус пацієнта. У випадку смерті раба внаслідок лікування, лікар мав лише відшкодувати вартість раба [82]. Важливо підкреслити, що медична практика вважалася небезпечним заняттям через принцип таліону — «око за око, зуб за зуб». Однак, незважаючи на суворість покарань, вже тоді існували певні принципи захисту прав лікарів. Зокрема, медична помилка не вважалася злочином, а межу між помилкою та халатністю визначав суд на підставі професійної експертизи [10].

По-третє — медичне право Стародавньої Індії. У цій країні ми бачимо унікальну систему, що базувалася на тисячолітніх традиціях Аюрведи, яка налічує понад 5000 років історії. Основним джерелом медичного права в Індії була «Чарака Самхіта» — фундаментальний текст з аюрведичної медицини. Цей документ містив не лише медичні знання, але й правові норми регулювання лікарської практики. Медичні знання також були зібрані у священних гімнах — ведах, особливо в Яджур-веді, що датується IX століттям до н.е.. Згодом з'явилися додаткові тлумачення від відомих авторів, серед яких найвпливовішими були Чарака та Сушрута [57]. Слід додати, що Стародавня Індія — одна з перших країн, де почали суворо регламентувати правила

поведінки та медичної етики. Основні вимоги до лікарів того часу включали: збереження лікарської таємниці, заборону розголошення відомостей про хворого та дотримання сімейних таємниць пацієнтів. Звичайно, моральні якості лікарів та їхній вигляд також не залишились поза увагою. Лікарі зобов'язували мати охайний вигляд, м'яко розмовляти з пацієнтами та приходити за першим викликом [57]. Зокрема, система підготовки лікарів була ретельно регламентована. Навчання здійснювалося досвідченими брахманами, які називалися гуру. Процес включав вивчення священних книг, засвоєння медичних визначень та дослідження лікарських засобів. Після завершення навчання молодий лікар отримував від раджі право на практику. При цьому він мав дати урочисту обіцянку, яка включала зобов'язання відмовитися від негативних якостей характеру, дотримуватися високих моральних стандартів, безкоштовно лікувати брахманів та утримуватися від лікування невиліковних хвороб [15]. Важливо підкреслити, що порушення встановлених норм суворо каралося. За законами Ману існувала диференційована система штрафів: низький штраф за неправильне лікування тварин, середній — за лікування людей середніх станів, високий — за лікування царських чиновників [15].

По-четверте — медичне право Стародавнього Китаю. Там система медичного права формувалася на основі унікального поєднання традиційної медицини та державного регулювання, що налічує понад 2000 років історії. Насамперед варто зазначити, що традиційна китайська медицина розглядала людину як частину природи та органічне ціле. Зокрема, основним правилом лікування було усунення причини захворювання, а не просто боротьба з симптомами. Водночас, медична практика базувалася на складній системі діагностики та лікування, що включала спостереження за функціонуванням організму, систематизацію симптомів, використання характерної регіональної парадигми та застосування природних лікувальних засобів. У період найбільшого посилення Китайської імперії існувала державна медична установа — медичний наказ. Його основними функціями були обслуговування потреб імператорського двору, контроль за епідемічними ситуаціями та регулювання

медичної практики [33]. Підготовка лікарів також мала особливий характер — медичні знання передавалися з роду в рід. В епоху Чжоуської династії (XI–III ст. до н.е.) лікарі поділялися на розряди за кваліфікацією, яка визначалась спеціальними комісіями [7, с.13]. Особливу увагу привертає система відповідальності медичних працівників. Перш ніж розпочати практику, лікарі мали укласти клятвенний договір. Цей документ визначав їхні права та обов'язки, а також встановлював межі відповідальності. Значний внесок у розвиток медичного права зробив лікар Цан Гун (III ст. до н.е.), який першим почав вести записи перебігу захворювання, що включали дати огляду пацієнтів, зміни в симптомах, призначене лікування та результати терапії [33].

По-п'яте — медичне право Стародавнього Риму. Розвиток медичного права у Стародавньому Римі відзначався особливим підходом до систематизації та державного регулювання медичної діяльності. Слід зазначити, що до II ст. до н.е. Рим обходився без професійних лікарів. Водночас, важливою віхою став едикт Юлія Цезаря 46 року до н.е., який надав почесне право римського громадянства приїжджим лікарям з Греції, Малої Азії та Єгипту. Крім того, особливого розвитку набула військова медицина. У римській армії під час III Пунічної війни (149–146 рр. до н.е.) існувала передова військово-медична організація. Військові лікарі «медікуси» були в кожній когорті і легіоні [73]. Водночас, у римській армії запровадили інноваційні підходи до медичного забезпечення, а саме: створення індивідуальних перев'язувальних пакетів, впровадження основ само- та взаємодопомоги, забезпечення воїнів індивідуальними медичними засобами. Разом з тим, римське право приділяло особливу увагу питанням евтаназії. У «Законах дванадцяти таблиць» 450 р. до н.е. містилися норми щодо припинення життя немовлят з серйозними вадами. Громадяни також мали право подавати петиції до Сенату щодо добровільного припинення життя [69].

По-шосте — медичне право Стародавньої Греції. Саме воно заклало фундамент для розвитку сучасної медичної етики та правових норм. Зокрема, саме в цій цивілізації вперше з'явилися систематизовані правила регулювання

медичної практики. Клятва Гіппократа, що датується приблизно 400 роком до нашої ери, стала першим документом, який комплексно регулював етику та практику медицини. Насамперед, цей текст визначав не лише обов'язки лікарів, але й встановлював певні права пацієнтів. Водночас, система медичної освіти в Стародавній Греції була ретельно регламентована. Навчання відбувалося в спеціальних медичних школах, де студенти вивчали не лише медичні знання, але й етичні норми. Крім того, правовий статус лікарів у Стародавній Греції був чітко визначений. Їхні основні права включали можливість практикувати медицину, але зобов'язання перед пацієнтами були пріоритетними. Важливо підкреслити, що обов'язки лікарів, згідно з Клятвою, охоплювали різні сфери, а саме: надання допомоги без дискримінації, збереження конфіденційності пацієнтів, постійне вдосконалення професійних навичок та етичне ставлення до колег. Нарешті, система правового регулювання медичної практики в Стародавній Греції включала механізми захисту прав іноземних громадян. Передусім це стосувалося доступу до медичної допомоги та рівності прав при отриманні лікування [35]. Медична практика в Стародавній Греції значно відрізнялася від римської традиції. На відміну від Риму, де до II ст. до н.е. взагалі не було професійних лікарів, грецька медицина мала розвинену систему підготовки фахівців та чіткі етичні норми.

Проаналізувавши 6 ключових країн, можна підбити підсумки.

Стародавній Єгипет відзначився значним розвитком медицини, що підтверджується знайденими медичними папірусами, які містили перші письмові згадки про хірургічні втручання, лікування ран і травм, а також використання лікарських засобів.

У цивілізації Месопотамії одним із ключових досягнень стало впорядкування медичних норм у правовій сфері. Саме у Месопотамії запровадили положення про відповідальність лікарів за результати їхньої роботи, штрафи за неналежне лікування та компенсації пацієнтам. Це стало першим відомим прикладом юридичної відповідальності медичних працівників, що вплинуло на подальший розвиток медичного права.

Стародавня Індія зробила значний внесок через розвиток Аюрведи — комплексної медичної системи, що базувалася на балансі між фізичним та духовним здоров'ям. Трактати Сушрути та Чараки заклали основи принципів профілактичної медицини та підходів до ліцензування лікарської діяльності.

Китайська цивілізація вплинула на розвиток міжнародного медичного права через розробку традиційної китайської медицини. Використання методів діагностики, таких як пульсова діагностика та акупунктура, сприяло формуванню комплексного підходу до лікування.

Стародавня Греція заклала фундамент медичної етики, що залишається актуальним донині. Головним досягненням стало створення Клятви Гіппократа, яка визначила основні моральні принципи лікарської діяльності: непохитне дотримання інтересів пацієнта, збереження лікарської таємниці та обмеження хірургічних втручань. Грецька філософія також вплинула на розвиток концепції доказової медицини, що стало основою для сучасного медичного права.

А Стародавній Рим зробив вагомий внесок у створення організованої системи охорони здоров'я. Уперше було запроваджено державну медицину, що передбачала безкоштовне лікування для громадян, лікарів для армії та організацію госпіталів. У римському праві також існували положення щодо регулювання лікарської діяльності та відповідальності медичних працівників.

Важливо підкреслити, що стародавні медичні системи досить глибоко вивчали різні аспекти лікування. Їхній досвід став основою для формування сучасних міжнародних стандартів медичної практики.

1.2. Роль релігії та етики у становленні медичного права

Медичне право, яке ми знаємо сьогодні, бере свій початок із прадавніх релігійних текстів та етичних кодексів. Протягом тисячоліть релігійні вірування та моральні принципи формували основні засади лікарської практики, встановлюючи перші правила та обмеження у медичній діяльності.

Насамперед варто зазначити, що взаємозв'язок між релігією, етикою та медичним правом залишається актуальним і в сучасному світі. Від старовинних месопотамських приписів до сучасних міжнародних конвенцій, ми спостерігаємо, як релігійні та етичні норми продовжують впливати на розвиток медичного законодавства.

Для розуміння витоків медичного права варто звернутися до давніх цивілізацій, де вперше з'явилися системні підходи до регулювання медичної діяльності. У стародавньому світі релігія становила фундамент, на якому будувалися перші правові норми медичної практики, визначаючи дозволене та заборонене в лікарській справі.

Медицина Стародавньої Месопотамії мала подвійний, амбівалентний характер, подібно до інших країн доіндустріальної епохи. Раціональні методи лікування, такі як використання лікарських трав і дотримання певних правил гігієни, поєднувалися із застосуванням заклинань, ворожінь та астрологічних прогнозів. Саме така комбінація практичних знань і містичних вірувань створила підґрунтя для перших регулятивних норм у сфері медицини. У релігійних текстах Месопотамії містилися докладні описи лікувальних процедур та обмежень щодо медичної практики. Зокрема, вони визначали, які втручання дозволено проводити лікарю, а які вважалися порушенням божественного порядку. Також у цих текстах прописувалися правила виготовлення ліків, проведення медичних маніпуляцій та передбачалася відповідальність лікаря за результати лікування. Особливістю месопотамського підходу до регулювання медичної практики була тісна інтеграція медицини з релігійними віруваннями, де хвороба часто розглядалася як покарання за порушення релігійних приписів або як результат дії злих духів. Відповідно, багато лікувальних практик супроводжувалися ритуалами та молитвами, дотримання яких було обов'язковим для лікаря [7].

У Стародавньому Єгипті лікарська діяльність підпорядковувалася суворим моральним нормам. Дотримуючись їх, лікар нічим не ризикував, навіть при невдалому результаті лікування. Однак порушення встановлених правил

жорстоко каралося, інколи аж до страти. Ця система покарань і заохочень стала одним із перших прикладів правового регулювання медичної діяльності.

Кожен єгипетський лікар належав до певної колегії жерців. Цікаво, що хворі зверталися не безпосередньо до лікаря, а в храм, де їм рекомендували відповідного фахівця. Гонорар за лікування виплачувався храму, який утримував лікаря. Така система забезпечувала контроль за якістю надання медичної допомоги та дотриманням етичних норм. Лікарське мистецтво в Єгипті було чітко організованим і спеціалізованим — «кожен лікар виліковує тільки одну хворобу». Ця спеціалізація також відображалася в правовому регулюванні, де для різних медичних практик встановлювалися різні вимоги та обмеження. Варто зауважити, що релігійні уявлення, які пронизували всі аспекти життя стародавнього єгипетського суспільства, відіграли подвійну роль у розвитку медицини: з одного боку, вони сприяли формуванню етичних засад лікування, а з іншого — інколи гальмували розвиток раціональних підходів до медичної практики [12].

Медицина давньої Індії має глибоке релігійне коріння — згідно з індійськими міфами, її засновниками були боги Шива та Дханвантарі. Найбільш відома система традиційної індійської медицини — Аюрведа, що в перекладі означає «знання життя», яка поєднує практичні медичні знання з духовними практиками. Медичні пізнання були зібрані у священних гімнах, або ведах, зокрема в Яджур-веді, яка була складена не раніше IX ст. до н. е. Пізніше, в період брагманів, з'явилися пояснення вед, написані різними авторами, серед яких найвідоміші Чарака та Сушрута. Їхні твори, ймовірно написані в III–IX ст. до н. е., містили не лише медичні знання, а й правові норми, що регулювали медичну практику [10]. Аюрведа розглядає людину як єдність тіла, душі, поведінки і навколишнього світу. Вона стверджує, що причиною усіх хвороб є «забуття Бога», і обов'язок аюрведичного лікаря полягає в тому, щоб пробудити в людини усвідомлення необхідності проходження мети людського життя. Регулювання медичної практики в Стародавній Індії мало чіткі правові аспекти. Спочатку медициною займалися виключно брахмани, але згодом лікувальна

справа перейшла до рук особливої касты — ведія, представники якої, на відміну від брахманів, отримували винагороду за свою роботу. Важливим аспектом правового регулювання медичної діяльності в Індії була система навчання та ліцензування лікарів. Викладання медицини здійснювалося певними брахманами, які називалися гуру. Після закінчення навчання молодий лікар отримував від раджі право лікувати і давав обіцянку, яка фактично була першим етичним кодексом: вдягатися чисто, стригти бороду та нігті, м'яко розмовляти, приходити до хворого за першим викликом, лікувати даром брахманів і не братися за лікування невиліковних хвороб [10].

Отже, стародавні цивілізації заклали фундамент для розвитку медичного права, сформувавши перші етичні кодекси та юридичні норми, що регулювали медичну практику. Релігійні вірування відігравали ключову роль у цьому процесі, визначаючи моральні стандарти та правові обмеження для лікарів. Із розвитком цивілізацій релігійні норми поступово трансформувалися у правові системи, де медична діяльність отримала чітке регулювання. Важливим етапом цієї еволюції стала поява перших кодифікованих законів, які визначали професійну відповідальність лікарів та встановлювали покарання за порушення.

Найдавнішим документом, що містив систематизовані норми щодо регулювання медичної діяльності, став Кодекс царя Хаммурапі — визначна пам'ятка старовавилонського права, створена близько 1780 року до н.е.. Цей документ безпосередньо впливав із шумерської правової традиції та став одним із найважливіших джерел для розуміння соціально-економічного устрою Месопотамії того часу. Кодекс Хаммурапі складався з прологу, 282 законів і епілогу, охоплюючи різноманітні аспекти суспільного життя. Примітно, що серед цих законів окрема увага приділялася медичній практиці, що свідчить про високий рівень розвитку медицини та усвідомлення необхідності її правового регулювання.

Закони Хаммурапі унормували концепцію лікарської «помилки» та відповідальності за неналежне надання медичної допомоги. На відміну від попередніх релігійних приписів, ці норми мали чіткий юридичний характер,

встановлюючи конкретні санкції за професійні порушення та винагороди за успішне лікування [82].

Основні медичні положення Кодексу Хаммурапі:

1. Якщо лікар зробить людині тяжкий надріз бронзовим ножом і спричинить цій людині смерть або зніме більмо бронзовим ножом і пошкодить око людини, то йому треба відрізати пальці [82];

2. Якщо лікар зробить тяжкий надріз бронзовим ножом і вилікує цю людину або зніме більмо людини бронзовим ножом і вилікує око людини, то він повинен одержати 10 сиклів срібла [82];

3. Якщо лікар зробить людині тяжкий надріз бронзовим ножом і спричинить йому смерть, то він повинен відшкодувати раба за раба [82].

Таким чином, законодавство Хаммурапі запровадило принцип «таліону» (відплати рівним за рівне) у сфері медичної діяльності, встановлюючи покарання відповідно до тяжкості наслідків лікарської помилки та соціального статусу пацієнта.

Історично склалося так, що практично будь-яка помилка медичного працівника, що призвела до спричинення шкоди людині, засуджувалася суспільством. Проте різні культури застосовували відмінні підходи до покарання лікарів за їхні професійні помилки. В епоху античності лікарі, винні у завданні шкоди пацієнтам, могли втратити кисті рук або бути вигнаними з міста. Однак найбільш поширеним покаранням у той час було застосування штрафів, що свідчить про певне пом'якшення відповідальності порівняно з вавилонськими законами. Натомість у період Середньовіччя ставлення до лікарських помилок знову стало жорсткішим. Лікарів за їхні професійні помилки здебільшого позбавляли практики, а деяких навіть спалювали на вогнищі як «пособників диявола». Це яскраво демонструє зворотний вплив релігії на правове регулювання медичної діяльності в цей період.

На території Русі перші закони кримінального права з'явилися за правління князя Ярослава Мудрого (1019–1054 рр.) і були названі Ярославовими або «Правдою руською». За цими законами, за шкоду,

спричинену лікуванням, лікар ніс відповідальність як за зумисний злочин. Відомий історичний випадок, коли лікар Леон, який лікував сина великого князя Іоанна III, після смерті князевича був убитий за вказівкою великого князя [27].

Незважаючи на різноманітність підходів до покарання за лікарські помилки, жодні репресивні заходи протягом історії не зменшували ризик їх виникнення. Це поступово призвело до усвідомлення необхідності розмежування понять «лікарська помилка» та «медичний злочин», що стало важливим етапом у розвитку медичного права. Однак саме антична епоха принесла революційні зміни у підходах до медичної практики, поступово відокремлюючи її від релігійних традицій та закладаючи філософські основи лікарської етики. Саме в цей період формуються перші системні етичні кодекси, які згодом стали фундаментом сучасного медичного права.

Історичний шлях медичної етики нерозривно пов'язаний з ім'ям Гіппократа, який жив у Греції в V столітті до н.е. Створена ним клятва стала першим документом, що систематизував етичні норми лікарської діяльності. Хоча існує думка, що ця клятва існувала ще до Гіппократа і переходила в усній формі від нащадків Асклепія, саме завдяки Гіппократу вона була записана на іонійському діалекті старогрецької мови. Гіппократу вдалося узагальнити досвід грецьких лікарів і визначити медицину не лише як науку, але й як високоморальний вид людської діяльності. Справжній прорив у його підході полягав у тому, що він підкреслив необхідність «спостереження біля ліжка хворого», оскільки вважав, що один лише досвід може бути «обманливим».

Антична медицина від початку була тісно пов'язана з філософськими знаннями. Багато особистостей того часу не лише розв'язували філософські проблеми, але й займалися медичною практикою. Серед них були Гален, Герофіл, Геракліт, Ерасистрат, Піфагор, Філолай, Емпедокл, Алкмеон і Діоген. Навіть Аристотель мав медичну освіту.

З часів Аристотеля, який жив у IV столітті до н.е., починає формуватися наукова думка і поняття наукового терміна «етика», що, за розумінням

філософа, визначає доброчесності людини. Таким чином, наука етика існує понад 24 століття.

Медицина Стародавнього Риму, подібно до Стародавньої Греції та Єгипту, зробила значний внесок у розвиток медичної справи, хоча розвивалася переважно під впливом грецької традиції. Важливою віхою в цьому напрямку став едикт Юлія Цезаря, який у 46 р. до н.е. надав почесне право римського громадянства як приїжджим лікарям з Греції, Малої Азії, Єгипту, так і місцевим жителям, що вивчали медицину [10].

Згодом поширення християнства призвело до появи благодійних лікарень. Перша така лікарня була заснована Фабіолою Римською і стала першою документованою лікарнею «соціальної медицини». За словами історика Камілла Джуліана, заснування цієї лікарні є однією з найважливіших подій в історії західної цивілізації [82]. Після падіння Римської імперії у 476 році релігійні інституції стали основними центрами збереження та розвитку медичних знань. Церкви, монастирі та релігійні школи не лише лікували хворих, але й створювали нормативну базу для регулювання медичної практики, яка згодом трансформувалася у медичне право.

У середньовіччі християнські монастирі стали основними осередками медичної допомоги. Вони надавали притулок людям, котрі шукали захисту від насильства та нестабільності тогочасного суспільства. Реформу монастирської місії у 529 році здійснив Бенедикт із Нурсії, а його послідовник Кассіодор розпочав вивчення праць Гіппократа та Галена [1]. Принципи християнської медичної етики базувалися на цінностях милосердя та служіння ближньому, які Київська Русь успадкувала разом із християнством від Візантії. Відомий представник монастирської медицини Києво-Печерської лаври — монах Агапіт, який вважається засновником першої терапевтичної школи. Він отримав постриг від першого печерського ігумена Антонія і лікував хворих молитвами та травами, ніколи не беручи грошей за лікування.

«Києво-Печерський патерик» містить перші конкретні свідчення про лікарську етику на Русі XI–XII століть: лікар повинен бути зразком

людинолюбства, заради хворого виконувати чорну роботу, бути терплячим, сердечним і не турбуватися про особисте збагачення [34]. Водночас, ставлення до медичних практик було неоднозначним. Християни Західної Європи своїм нехтуванням правил гігієни намагалися протиставити себе «розпусному життю» язичницьких римлян. Через це нехтування повсякденною турботою про чистоту тіла вважалося чеснотою. Це призвело до спалахів чуми в XIV–XVIII століттях, які пояснювалися «Божою карою» або «діяльністю диявола».

Варто також згадати за мусульманське право. Шаріат в ісламі – це система обов'язків, які виконує мусульманин завдяки своїй релігійній вірі. Ісламські закони охоплюють усі аспекти життя: від державних питань до повсякденного життя, включно з медичною практикою. Мусульманська судова система з'явилася в процесі становлення мусульманської держави. Спочатку пророк Мухаммед особисто розглядав практично всі спори, згодом ця функція перейшла до халіфів. Вирішуючи медичні спори, вони керувалися Кораном та сунною, які містять настанови щодо особистої гігієни. Примітно, що араби-мусульмани мали значно вищі стандарти санітарії та гігієни, ніж християнські медики тогочасної Європи. Засновник Багдадської лікарні та медичної школи Аль-Разі запропонував оригінальний метод вибору місця для лікарні: розвішувати м'ясо і будувати там, де воно найдовше збережеться [9].

З іншого боку — Галаха — збірна назва нормативної частини юдаїзму, що регламентує практичні дії єврея в усіх сферах життя, включно з медициною. Сутність галахи, що перекладається як «шлях, по якому йдуть», полягає у правильному дотриманні заповідей за будь-яких умов. Галахічне законодавство, яке впливало на медичні практики, спирається на різні джерела, серед яких Письмовий Закон (613 приписів, що містяться в Торі) та Усний Закон (тлумачення Письменного Закону). Рабинат контролює єврейське релігійне життя та відповідає на галахічні питання з єврейського релігійного законодавства [18].

Під час спалахів чуми єврейські поселення (гетто) у європейських містах привертати увагу через їхні принципи санітарії. Відомий єврейський лікар

Балавігнус застосовував профілактичні заходи, засновані на біблійних принципах. Хоча він не мав уявлення про мікроби, але усвідомлював зв'язок між хворобами та брудом. Завдяки цьому смертність у гетто становила лише 5% порівняно зі смертністю серед неєвреїв [1]. Іншою визначною постаттю був Мойсей Маймонід — великий єврейський філософ Середньовіччя, який цікавився медициною і був знайомий з працями Гіппократа та Галена. Він служив придворним лікарем в одного з арабських візирів [1].

Однак саме епоха Просвітництва (XVII–XVIII століття) стала переломним періодом у розвитку медичного права, коли відбувся поступовий перехід від релігійно-догматичного до наукового раціонального регулювання медичної діяльності. Цей період характеризувався кардинальною зміною суспільної свідомості та підходів до організації медичної допомоги.

Загальна закономірність історичного розвитку західного суспільства в епоху Просвітництва полягала в поступовому посиленні тенденції раціоналізації. Під раціоналізацією розуміється процес поступової заміни випадкових, ситуативних, відверто ірраціональних мотивів людських дій на логічні, передбачувані, цілераціональні. Це явище досліджував М. Вебер, який називав його «розчаклюванням світу» — зростанням довіри до розуму, науки, освіти, раціональних процедур у всіх проявах суспільного життя, що стало провідною тенденцією та внутрішнім змістом усієї епохи модерну.

На відміну від попередніх періодів, коли школа черпала знання з релігійної традиції, в епоху Просвітництва вона почала звертатися до науки. Важливість релігійної раціоналізації для виникнення сучасних освітніх інститутів, зокрема світських шкіл та університетів, важко переоцінити — саме вони стали осередками медичної освіти, вільної від релігійних догматів. Зокрема, розвиток та ускладнення медичної діяльності, проблеми її законодавчого регулювання, низький державний контроль якості медичної допомоги, негативні наслідки медичного втручання, а також підвищення правової культури соціуму в сфері забезпечення своїх прав у галузі медицини зумовили необхідність розвитку медичного права як окремої галузі.

Насамперед варто зазначити, що секуляризація медичного права не означала повну відмову від етичних принципів, закладених релігійними традиціями. Перші світські медичні кодекси часто зберігали багато морально-етичних настанов, проте їхнє обґрунтування ґрунтувалося вже не на релігійних догматах, а на раціональних гуманістичних принципах. Згодом це призвело до формування медичного права як окремої галузі, що регулює суспільні відносини, пов'язані із реалізацією прав людини на здоров'я. Як зазначає правознавиця О. Беденко-Зваридчук, медичне право — це сукупність правових норм, що регулюють відносини між громадянином і лікувально-профілактичною установою, пацієнтом і медичним працівником щодо надання медичної допомоги, зокрема права, обов'язки та відповідальність щодо проведення діагностичних та лікувальних заходів [16].

Отже, медичне право пройшло довгий шлях від релігійних приписів до сучасної правової системи. Релігійні цінності та етичні норми заклали міцний фундамент, який залишається актуальним навіть у секуляризованому суспільстві. Стародавні цивілізації Месопотамії, Єгипту та Індії створили перші етичні кодекси, що згодом трансформувалися у правові норми.

Сучасне медичне право демонструє унікальний синтез релігійних цінностей та світських правових принципів. Етичні комітети успішно вирішують складні питання на перетині релігії та медицини, забезпечуючи баланс між повагою до релігійних переконань та правами пацієнтів. Однак складні етичні дилеми, зокрема питання абортів, евтаназії, трансплантології та репродуктивних технологій, потребують виваженого підходу з урахуванням релігійних, етичних та правових аспектів. Медичне право продовжує розвиватися, адаптуючись до нових викликів та зберігаючи фундаментальні цінності милосердя, поваги до людської гідності та права на життя.

РОЗДІЛ 2. ФОРМУВАННЯ ОСНОВ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА

2.1. Становлення медичного права у новітній історії

Міжнародне медичне право пройшло великий шлях розвитку від перших спроб регулювання медичної діяльності до комплексної системи правових норм. Початок XX століття став періодом значних потрясінь, які спонукали людство до переосмислення багатьох аспектів суспільного життя, зокрема й медичної діяльності. Саме в цей час з'являються перші серйозні спроби створення міжнародного правового регулювання у сфері охорони здоров'я, що згодом оформилися в окрему галузь — міжнародне медичне право.

Перша світова війна кардинально змінила підходи до організації медичної допомоги. На початку війни військова медицина базувалася на системі польових шпиталів і пунктів надання допомоги пораненим, розташованих за лінією фронту. Проте масштаби бойових дій потребували нових підходів до збереження життя військових. Під час Першої світової війни відбулося переміщення лікарняної допомоги ближче до передової, проводилися експерименти з переливанням крові та активно розвивалася система евакуації поранених. Ці зміни не лише вплинули на організацію медичної допомоги, але й створили передумови для формування правових норм, які б регулювали діяльність медичного персоналу під час збройних конфліктів.

Повоєнний період ознаменувався спробами врегулювати міжнародні відносини, зокрема й у сфері медицини. Важливим кроком у цьому напрямку стало прийняття Женевської конвенції 1929 року. Формально відома як «Конвенція про поліпшення долі поранених та хворих у регулярних арміях на полі бою», вона була підписана 27 липня 1929 року в Женеві. Основні принципи Женевської конвенції 1929 року включали заборону жорстокого або негуманного поводження з військовополоненими; забезпечення гуманного ставлення до військовополонених без дискримінації; забезпечення належного

лікування та догляду за пораненими або хворими; заборону на взяття військовополонених як заручників; забезпечення належних умов утримання, харчування та медичного догляду. Конвенція також закріпила статус Червоного Хреста як нейтральної організації, що має надавати допомогу пораненим, хворим або військовополоненим. Важливість Женевської конвенції 1929 року полягає в тому, що вона стала першим міжнародним документом, який комплексно регулював питання надання медичної допомоги під час збройних конфліктів. Однак її положення виявилися недостатніми для запобігання порушенням під час Другої світової війни, що зумовило необхідність її перегляду. У 1949 році була прийнята нова редакція документу — Женевська конвенція про поводження з військовополоненими.

Друга світова війна виявила жахливі факти порушення медичної етики та зловживання медициною. Нацистські лікарі проводили жорстокі експерименти над людьми без їхньої згоди, що призвело до смерті та каліцтва тисяч людей. У грудні 1946 року в Нюрнберзі розпочався процес над військовими злочинцями, серед яких були 23 лікарі. Їм висунули обвинувачення у воєнних злочинах та злочинах проти людства, пов'язаних з експериментами над людьми та масовими вбивствами під виглядом евтаназії. Шістнадцятьох із двадцяти трьох лікарів було визнано винними й засуджено до ув'язнення, а сімох — до смертної кари [8]. У серпні 1947 року суд оголосив вирок, який містив розділ «Зведення правил проведення експериментів над людьми». Цей документ став відомий як Нюрнберзький кодекс — перший міжнародний кодекс дослідницької етики. Кодекс містив десять принципів проведення медичних експериментів над людьми, серед яких: абсолютно необхідна добровільна згода людини; експеримент має приносити корисні для суспільства результати; експерименту мають передувати дослідження на тваринах; уникнення непотрібних фізичних і психічних страждань; неприпустимість експериментів із ризиком смерті або інвалідності.

Нюрнберзький кодекс став основою для багатьох національних і міжнародних законів, що регулюють медичні дослідження. Він заклав

фундамент біоетики та сучасного медичного права, зосередженого на правах пацієнта та етичних нормах у медицині. Також важливим кроком у розвитку міжнародного медичного права стало створення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Рішення про її заснування було прийняте на Конференції у Сан-Франциско 1945 року. У 1946 році Міжнародна конференція охорони здоров'я схвалила Статут ВООЗ, який набув чинності 7 квітня 1948 року. Саме цей день вважається датою заснування організації і щорічно відзначається як Всесвітній день здоров'я. Головною метою ВООЗ є сприяння забезпеченню охорони здоров'я населення усіх країн світу. Статут організації вперше в міжнародній практиці проголосив здоров'я одним із невід'ємних прав людини, незалежно від раси, релігії, політичних поглядів та соціально-економічного становища.

Наступним важливим кроком у розвитку міжнародного медичного права стало прийняття Гельсінської декларації. Цей документ, розроблений Всесвітньою медичною асоціацією, був ухвалений у червні 1964 року у Гельсінкі (Фінляндія) і став важливим у питанні етики людських досліджень. Гельсінська декларація розширила принципи, вперше сформульовані в Нюрнберзькому кодексі, застосувавши їх до клінічних досліджень. Центральним елементом етичної дослідницької діяльності документ визначив інформовану згоду. Водночас, на відміну від Нюрнберзького кодексу, декларація допускає згоду представника суб'єкта дослідження, якщо сам суб'єкт є недієздатною особою.

Окрім цього, значний внесок у розвиток міжнародного медичного вніс Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, прийнятий 16 грудня 1966 року Генеральною Асамблеєю ООН. Пакт містить низку положень, що стосуються права на охорону здоров'я. Зокрема, стаття 12 визнає «право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я».

Період Холодної війни (1946–1991) характеризувався біполярним світовим порядком, який суттєво вплинув на формування різних підходів до медичного права. Протистояння між соціалістичним та капіталістичним

блоками зумовило створення двох принципово відмінних моделей правового регулювання охорони здоров'я, що мали свої унікальні риси та філософські основи. У соціалістичних країнах, зокрема в СРСР та державах Східної Європи, охорона здоров'я розглядалася як соціальне благо, доступне всім громадянам без винятку. Така концепція значно відрізнялася від західної моделі та відбивалася в особливостях медичного права цих країн. Основними характеристиками медичного права соціалістичних країн були централізоване державне управління системою охорони здоров'я, загальнодоступність та безоплатність медичної допомоги, профілактична спрямованість охорони здоров'я та єдність медичної науки та практики.

Водночас, мала місце і практика миротворчих операцій ООН, які впливали на розвиток міжнародного медичного права. Перші дві офіційні місії ООН для започаткування миротворчих операцій були Організація ООН з нагляду за дотриманням перемир'я (Ізраїль) та Група військових спостерігачів ООН в Індії та Пакистані. Особливо активно миротворча діяльність ООН розвивалася після Суецької кризи 1956 року, коли протистояння між сторонами Холодної війни паралізувало Раду Безпеки [17].

Значний вплив на формування медичного права мав і правовий статус медичного персоналу під час збройних конфліктів. Згідно з міжнародним гуманітарним правом, гуманітарна діяльність, яку здійснює медичний персонал, будь то цивільний чи військовий, ніколи не повинна розглядатися як безпосередня участь у бойових діях. Такому персоналу мала гарантуватися недоторканність, за винятком випадків, коли, зловживаючи своїми привілеями, він втручається в бойові дії в тій чи іншій формі. У соціалістичних країнах медичне право формувалося на основі принципу загальної доступності, що відповідав ідеологічним засадам соціалізму. Проте, незважаючи на декларовану рівність, якість медичної допомоги часто залежала від соціального статусу пацієнта, а реальне фінансування галузі не відповідало потребам населення.

На противагу соціалістичній системі, західноєвропейська модель медичного права базувалася на принципах ринкової економіки та особистої

відповідальності. Однак, у повоєнній Європі посилювалися тенденції до соціалізації медицини, що відобразилося у створенні різних моделей медичного страхування. У західних країнах сформувалися три основні моделі:

1. Модель Беверіджа (Велика Британія, Іспанія, Нова Зеландія) — національна медична служба з єдиним платником. Ця система фінансується за рахунок оподаткування, а медичні послуги надаються всім громадянам незалежно від їхнього фінансового стану [64].

2. Модель Бісмарка (Німеччина, Бельгія, Японія, Швейцарія) — модель соціального медичного страхування. У Німеччині, наприклад, соціальне медичне страхування *Securite Social* покриває 75% витрат на медичну допомогу, а решта 25% покривається за рахунок додаткового страхування, власних коштів пацієнта, або муніципальних коштів [64].

3. Модель національного медичного страхування (Канада, Тайвань, Південна Корея) — національне медичне страхування з одним платником [64].

Важливо зазначити, що в США розвинулася особлива система *Medicare*, яка забезпечує медичне обслуговування переважно осіб похилого віку — близько 15% населення. Решта населення, яке не охоплене державною програмою *Medicaid* для малозабезпечених, має купувати приватне страхування, що зазвичай коштує від 20 до 50 доларів США на місяць [84].

Паралельно з розвитком моделей медичного страхування формувалися й відповідні правові механізми регулювання медичної діяльності. У західних країнах більший акцент робився на захисті прав пацієнтів, включаючи право на вибір лікаря та медичного закладу, інформовану згоду на медичне втручання та конфіденційність медичної інформації.

Значною віхою у становленні міжнародного медичного права також стало прийняття Лісабонської декларації про права пацієнта у вересні-жовтні 1981 року на 34-й Всесвітній медичній асамблеї в Лісабоні (Португалія). Декларація описує основні права, які медики повинні намагатися забезпечувати пацієнтам. Відповідно до Лісабонської декларації, пацієнт має такі основні права: право вільно обирати свого лікаря; право отримувати допомогу від лікаря, вільного від

будь-яких зовнішніх впливів при винесенні клінічних або етичних рішень; право погодитися або відхилити лікування після отримання адекватної інформації; право очікувати, що лікар поважатиме конфіденційний характер медичних і особистих відомостей про нього; право померти з гідністю; право прийняти або відхилити духовну та моральну підтримку, включаючи допомогу священнослужителя відповідної конфесії.

Загалом, на початку XXI століття міжнародне медичне право зазнало істотних змін під впливом глобалізаційних процесів та нових викликів у сфері охорони здоров'я. Цей період характеризується посиленням інтеграційних тенденцій, прийняттям важливих міжнародних документів та формуванням уніфікованих підходів до регулювання медичної діяльності. Глобалізаційні процеси суттєво вплинули на розвиток міжнародного медичного права, сприяючи гармонізації національних законодавств у цій сфері. Водночас глобалізація створила нові виклики для медичного права, серед яких транскордонна мобільність пацієнтів та медичних працівників, поширення інфекційних захворювань, доступ до лікарських засобів. Це зумовило потребу в розробці міжнародних механізмів координації дій у сфері охорони здоров'я та встановленні єдиних правових стандартів.

Також варто згадати Конвенцію про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція Ов'єдо). Хоча вона була прийнята в 1997 році, її значення та вплив на міжнародне медичне право особливо проявилися саме на початку XXI століття. Конвенція стала першим юридично обов'язковим міжнародним документом, спрямованим на захист людської гідності, прав та основних свобод у сфері застосування біології та медицини [42].

Окрім цього, знаковою подією для розвитку міжнародного медичного права стало прийняття 19 жовтня 2005 року Загальної декларації про біоетику та права людини ЮНЕСКО. Цей документ став результатом тривалої підготовчої роботи, яка розпочалася в січні 2004 року відповідно до резолюції 32 С/24 Генеральної конференції ЮНЕСКО. Декларація визнає, що етичні

проблеми, породжені стрімким науковим прогресом та технологічними розробками, потребують належного розгляду з урахуванням поваги до людської гідності та прав людини. Вона наголошує, що науково-технічний прогрес має бути спрямований на підвищення благополуччя окремих осіб, сімей, груп та людства в цілому [49].

Неминуче міжнародні організації також стали потужним рушієм розвитку медичного права, створюючи стандарти та норми, які згодом імплементуються в національні законодавства. Їхня діяльність забезпечує формування єдиних підходів до захисту прав пацієнтів, етичних принципів медичної практики та регулювання медичних досліджень. Організація Об'єднаних Націй виступає головним координатором міждержавного спілкування та відіграє ключову роль у формуванні міжнародного медичного права. У статті 55 Статуту ООН закріплено положення, згідно з яким організація повинна сприяти вирішенню міжнародних проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Це створило правове підґрунтя для розвитку відповідної нормативної бази. Додатково, під егідою ООН функціонує низка спеціалізованих органів, що контролюють дотримання міжнародних договорів у сфері охорони здоров'я. Зокрема, Комітет з економічних, соціальних і культурних прав моніторить виконання державами права на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я, закріпленого в Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права.

Окрім того, важливу роль відіграє Рада з прав людини — головний статутний орган системи ООН, уповноважений розглядати ситуації, пов'язані з порушенням прав людини, у тому числі у сфері охорони здоров'я. Один з механізмів діяльності Ради — Універсальний періодичний огляд, що передбачає регулярний аналіз дотримання прав людини в усіх державах-членах ООН.

Значний вплив на формування медичного права мають і регіональні організації, які адаптують міжнародні стандарти до особливостей регіонів світу. Насамперед це стосується Ради Європи та Європейського Союзу, що розробили власну нормативну базу у сфері охорони здоров'я. У європейському контексті важливим документом є Європейська хартія прав пацієнтів (2002), розроблена

Активною громадською мережею ЄС. Вона відображає як правові, так і етичні засади медичного забезпечення, встановлюючи конкретні стандарти захисту прав пацієнтів. Також впливовою є Амстердамська декларація в галузі забезпечення прав пацієнтів у Європі, прийнята європейською нарадою ВООЗ у 1994 році. Документ заклав основи для гармонізації національних законодавств європейських країн у сфері медичного права.

Отже становлення медичного права пройшло довгий шлях від перших спроб регулювання медичної діяльності до комплексної системи правових норм. Трагічні події світових воєн змусили людство переосмислити роль медицини та необхідність її правового регулювання, що призвело до створення фундаментальних документів — від Нюрнберзького кодексу до Конвенції Ов'єдо.

2.2. Медичні стандарти у міжнародному праві

Право на охорону здоров'я є одним із фундаментальних прав людини, закріплених у Загальній декларації прав людини 1948 року. Міжнародне медичне право сьогодні відіграє ключову роль у забезпеченні та захисті цього права, встановлюючи єдині стандарти охорони здоров'я для всього світу. Медичні стандарти у міжнародному праві визначаються як уніфіковані та функціонально універсальні норми, що встановлюють мінімальний або бажаний зміст прав людини у сфері охорони здоров'я. Зокрема, такі документи як Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про права дитини та Конвенція про права осіб з інвалідністю формують основу сучасних міжнародних медичних стандартів.

Також варто зазначити, що стандарти у сфері охорони здоров'я ґрунтуються на принципах доказової медицини і враховують світовий досвід. Вони поширюють свою дію на надавачів медичної допомоги, включаючи заклади охорони здоров'я та медичних працівників. Окрім цього, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) відіграє провідну роль у забезпеченні

міжнародного режиму контролю за поширенням хвороб та встановленні медичних стандартів.

Основними міжнародними стандартами акредитації є JCI, Accreditation Canada QHA Trent та Australian Council on Healthcare Standards International [66]. Саме стандартизація медичної освіти є ключовим елементом у забезпеченні якості охорони здоров'я на міжнародному рівні. Медичні дослідження та клінічні випробування також мають низку стандартів. Передусім клінічні випробування регулюються жорсткими міжнародними нормами, окресленими рекомендаціями ICH-GCP, Гельсінською декларацією та Нюрнберзьким кодексом [65].

Зокрема, основоположним принципом є те, що клінічне випробування може проводитися лише в тому випадку, якщо очікувана користь виправдовує ризик. Водночас забезпечується особливий захист пацієнтів, які неспроможні дати інформовану згоду на участь у клінічному випробуванні. Для захисту всіх учасників застосовуються спеціальні вимоги, а саме: оцінка співвідношення ризик/користь; інформована згода учасників; конфіденційність даних; право відмови від участі [39].

Також варто додати, що реєстрація, обробка і збереження отриманої під час клінічного випробування інформації мають забезпечувати коректне надання, інтерпретацію і верифікацію даних. Усі особи, які долучаються до проведення клінічного випробування, повинні мати належну освіту, професійну підготовку й досвід для виконання своїх функцій. Водночас з 2024 року впроваджуються нові вимоги до документації клінічних випробувань. До них належать конкретизація мінімального змісту технічної документації, посилення вимог до клінічної оцінки, запровадження процедури контролю досліджень високого ризику. Окрім цього, вимоги стосуються також покращення ідентифікації через систему UDI та сприяння прозорості через центральну базу даних EUDAMED. Загалом, цифрова трансформація системи охорони здоров'я створює нові виклики для міжнародного медичного права. Зокрема, впровадження цифрових

технологій вимагає розробки та дотримання спеціальних стандартів для забезпечення якості та безпеки медичних послуг.

Варто зазначити, що міжнародні стандарти рекомендують медичним працівникам застосовувати цифрові технології для покращення показників здоров'я населення. Водночас для прийняття та повного впровадження пропонуються такі міжнародні стандарти, як HL7 FHIR, ISO/TS 13131 та IEC 80001. HL7 FHIR відповідає за швидку взаємодію медичних ресурсів[59], ISO/TS 13131 — за послуги теле-медицини [71], а IEC 80001 — мережі медичних пристроїв [62].

Також у серпні 2019 року було опубліковано стандарт ISO 27701 для захисту медичних даних. Основні вимоги до захисту даних включають впровадження стандартів кібербезпеки, проведення моніторингу та аналізу можливих втручань та захист від втрат та пошкоджень даних [61]. Однак саме розвиток цифрових компетентностей та інформаційної культури серед медичних працівників і пацієнтів став пріоритетним напрямком. Зокрема, впроваджується надійна та безпечна електронна ідентифікація та автентифікація лікарів у сфері е-здоров'я.

Важливо підкреслити, що система електронної охорони здоров'я тісно пов'язана з інтеоперабельністю, яка прагне усунути бар'єри для забезпечення міжсистемної комунікації та обміну. Безперечно, пандемія COVID-19 посилила значення цифрових систем охорони здоров'я. Водночас вона також сповільнила визначення загальних стандартів та визначень, що дозволяють забезпечити інтеоперабельність цифрових інструментів.

Велику увагу слід приділити фармацевтичній галузі, яка є однією з найбільш регульованих сфер у міжнародному медичному праві. Передусім варто зазначити, що виробництво лікарських засобів регулюється стандартом GMP (Good Manufacturing Practice). Зокрема, цей міжнародний стандарт встановлює вимоги щодо виробництва та контролю якості лікарських засобів для людини та тварин [77]. Водночас система GMP включає такі ключові елементи, як вимоги до документації, персоналу, приміщення та обладнання. Це

особливо важливо в сучасних умовах, де міжнародна торгівля лікарськими засобами набула особливого значення під час пандемії COVID-19. Сьогодні міжнародна торгівля становить 80% усіх міжнародних відносин. США, Європейський Союз та Японія забезпечують близько 90% світового виробництва та споживання медичних виробів. Зокрема, кожен серію лікарського засобу, що переміщується між країнами, необхідно супроводжувати сертифікатом серії, виданим виробником.

Для забезпечення якості лікарських засобів при міжнародній торгівлі впроваджено такі вимоги, як наявність сертифіката якості серії, висновку про якість ввезених лікарських засобів, відповідності умов транспортування та контролю термінів придатності.

Важливо підкреслити, що досвід показує неможливість повного самозабезпечення країн необхідними лікарськими засобами. Саме тому міжнародна співпраця та гармонізація стандартів стають ключовими факторами розвитку фармацевтичної галузі. Однак впровадження міжнародних медичних стандартів створює значні виклики для систем охорони здоров'я різних країн. Передусім ми розглянемо основні перешкоди та шляхи їх подолання.

Отже, впровадження стандартів вимагає значних фінансових інвестицій. Зокрема, ми спостерігаємо такі економічні виклики, як висока вартість сучасного медичного обладнання, витрати на підготовку та перепідготовку, модернізація медичних закладів та розробка та підтримка систем контролю. Безперечно, створення стандартів медичної допомоги значною мірою залежить від політики у сфері охорони здоров'я окремої країни та її економічного розвитку.

Варто додати, що з огляду на вартість створення нових клінічних рекомендацій, реальна можливість для української системи охорони здоров'я на сучасному етапі – це адаптація існуючих міжнародних стандартів. Проте основні технологічні виклики включають відсутність єдиних інформаційних систем, проблеми з інтеграцією нових технологій, обмежений доступ до сучасного обладнання та складнощі з підтримкою технічної інфраструктури.

Також варто зазначити, що культурні та історичні особливості країни також суттєво впливають на впровадження медичних стандартів. Водночас ми спостерігаємо, що успішне впровадження стандартів вимагає врахування місцевих традицій надання медичної допомоги, особливостей взаємодії лікар-пацієнт, специфіки організації медичної допомоги та рівня довіри до системи охорони здоров'я. Зокрема, стандартизація в охороні здоров'я багатьох країн здійснюється шляхом розробки і впровадження клінічних настанов та протоколів, гармонізації стандартів медичної допомоги з міжнародною системою стандартизації. Безперечно, методологічною основою діяльності у сфері стандартизації медичної допомоги слугують сучасні наукові підходи щодо принципів та вимог до створення медико-технологічних нормативних документів. Водночас варто розуміти, що стандарти медичної допомоги розробляються в обмеженій кількості залежно від соціальних та медичних пріоритетів.

Також на стандартизацію впливає фактор глобалізації охорони здоров'я, що проявляється через виникнення та взаємодію міжнародних організацій, уніфікацію типів систем охорони здоров'я, дифузію технологічних інновацій та інтернаціоналізацію медичної освіти. Зокрема, глобалізація сприяє дифузії медичних інновацій з високорозвинених країн, де під тиском конкуренції відбувається безперервне оновлення медичних технологій, лікарських препаратів і менеджменту. Водночас, лібералізація торгівлі медичними послугами веде до того, що все більше людей отримує медичні послуги за кордоном. Однак, за статистикою, 1,3 млрд осіб у світі не мають доступу навіть до найпростіших видів медичної допомоги.

З метою надання безпечних, ефективних та інноваційних медичних технологій створено Глобальний альянс медичних технологій (GMTA), членами якого є національні або регіональні асоціації медичних технологій, які наразі розробляють і виробляють 85% медичних приладів, діагностики та обладнання у світі. Безсумнівно, один з негативних наслідків глобалізації — нерівномірний розподіл вигод від неї на користь постіндустріальних країн. В умовах

глобалізації процес поширення захворювань значно прискорюється через збільшення обсягів міжнародної міграції робочої сили, міжнародного туризму і ділових відряджень.

Реалізація намічених заходів реформи охорони здоров'я в нинішніх умовах впливу глобалізації повинна проходити в рамках програми «Здоров'я для всіх у ХХІ ст.» з дотриманням сформульованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я основних принципів. Міжнародні медичні стандарти стали невід'ємною частиною сучасної системи охорони здоров'я. Безперечно, стандартизація медичної діяльності охоплює всі ключові аспекти: від освіти медичних працівників до безпеки пацієнтів та якості фармацевтичної продукції.

Варто підкреслити, що впровадження єдиних стандартів сприяє підвищенню якості медичної допомоги та захисту прав пацієнтів. Водночас цифрова трансформація охорони здоров'я створює нові можливості для розвитку телемедицини та електронних систем охорони здоров'я. Зокрема, глобалізація медичної галузі прискорює обмін досвідом та технологіями між країнами, що сприяє швидшому впровадженню інновацій та покращенню якості медичних послуг. Передусім це стосується стандартизації медичної освіти, клінічних досліджень та фармацевтичної діяльності. Подальший розвиток міжнародних медичних стандартів залежить від спільних зусиль усіх країн щодо подолання економічних, технологічних та культурних бар'єрів. Саме тому постійне вдосконалення та адаптація стандартів до сучасних викликів залишається пріоритетним завданням міжнародної спільноти у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3. СУЧАСНИЙ РОЗВИТОК МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА

3.1. Міжнародні договори та угоди у сфері медичного права

Міжнародні договори та угоди у сфері медичного права займають важливе місце в сучасній правовій системі, адже вони сприяють встановленню єдиних стандартів захисту здоров'я людини, сприяють обміну науковими знаннями та технологіями, а також створюють правову базу для співпраці між державами у питаннях охорони здоров'я. Розвиток медичного права неможливий без врахування транснаціональних процесів, що відбуваються в глобалізованому світі, де проблеми охорони здоров'я, етики в медицині та забезпечення доступу до медичних послуг стають все більш актуальними. Міжнародні договори стають інструментом для досягнення консенсусу між країнами, зокрема щодо запобігання поширенню інфекційних хвороб, організації співпраці у сфері медичних досліджень, захисту прав пацієнтів та розробки стандартів для медичної практики.

Ранні міжнародні ініціативи у сфері охорони здоров'я датуються середньовіччям. Вже у 1348 році у Венеції було створено санітарну раду, яка в 1448 році перетворилася на Санітарне бюро. Згодом, у 1485 році, з'явився постійний магістрат охорони здоров'я, який у 1504 році отримав право карати на смерть осіб, що порушували встановлені правила карантину. Ці ранні форми міжнародних санітарних угод заклали основу для подальшого розвитку міжнародного медичного права [19].

Системний розвиток міжнародних договорів у сфері охорони здоров'я почався в середині XIX століття. Важливим кроком стала Міжнародна санітарна конференція, що відбулася в Парижі 1903 року, на якій було прийнято принципове рішення про створення Міжнародного бюро громадської гігієни. Після цього було утворено Організацію охорони здоров'я Ліги націй, що стала попередницею сучасних міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я [19].

Новий етап розвитку міжнародного медичного права розпочався після Другої світової війни. У 1945 році на конференції в Сан-Франциско було ухвалено рішення про створення міжнародної організації з питань охорони здоров'я. Наступного, 1946 року, Міжнародна конференція охорони здоров'я в Нью-Йорку схвалила Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Не менш важливою віхою стала Шоста сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (1953р.), яка, дослідивши пропозицію уряду Бельгії про проведення досліджень, пов'язаних з міжнародним медичним правом, прийняла Резолюцію №6.40, що запропонувала організувати дослідження проблем міжнародного медичного права. Згодом, у 1974 році, на 56-й міжнародній конференції в Делі, проведеній Міжнародною асоціацією права (ILA) та Інститутом міжнародного права, було офіційно визнано існування міжнародного медичного і гуманітарного права як сукупності норм і принципів, що мають на меті полегшити страждання людей, викликані діями проти їх здоров'я. Того ж року в СРСР відбулася науково-практична конференція з проблем медичного права, яка стала значним поштовхом до наукових досліджень у цій сфері.

Міжнародні угоди у сфері медичного права формують складну систему правових норм, що потребує чіткої класифікації для належного розуміння та застосування. Складність класифікації цих документів зумовлена комплексним характером сфери охорони здоров'я, що поєднує як приватні, так і публічні правовідносини. За територіальним охопленням міжнародні угоди у сфері медичного права поділяються на універсальні та регіональні. Універсальні договори розробляються та приймаються на глобальному рівні, зазвичай під егідою Організації Об'єднаних Націй та її спеціалізованих установ, насамперед Всесвітньої організації охорони здоров'я. Ці документи спрямовані на встановлення загальносвітових стандартів захисту прав людини у сфері охорони здоров'я. До ключових універсальних договорів належать Статут ВООЗ, Міжнародні медико-санітарні правила та Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну. Водночас існують і багатосторонні угоди загального характеру, що містять норми щодо права на охорону здоров'я, зокрема

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. Регіональні договори розробляються та приймаються на рівні певного географічного регіону, найчастіше — міжнародними організаціями регіонального характеру. Для України найбільше значення мають європейські регіональні угоди, зокрема, Європейська конвенція про захист прав людини та біомедицину (1997р.), Європейська соціальна хартія, а також угоди Європейського Союзу у сфері медичного права.

За юридичною силою міжнародні угоди у сфері медичного права поділяються на обов'язкові та рекомендаційні. Обов'язкові міжнародні договори створюють чіткі юридичні зобов'язання для держав, які їх ратифікували. Рекомендаційні міжнародні угоди не створюють юридичних зобов'язань, але можуть мати значний політичний і моральний вплив. До таких документів належать, наприклад, декларації Всесвітньої медичної асоціації, резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, рекомендації міжнародних організацій.

Галузева класифікація міжнародних угод у сфері медичного права відображає їх предметну спрямованість. Складність такої класифікації полягає в тому, що сфера охорони здоров'я, з погляду правового регулювання, є комплексною. Зокрема, до неї входять правові норми різної галузевої приналежності: конституційного, адміністративного, фінансового, цивільного, трудового та інших галузей права. За галузевим принципом міжнародні угоди у сфері медичного права можна поділити на такі групи, як договори щодо прав пацієнтів, договори у сфері біоетики та медичних досліджень, договори щодо окремих захворювань та медичних проблем та договори щодо організації систем охорони здоров'я.

Договори щодо прав пацієнтів охоплюють Лісабонську декларацію про права пацієнта (1981), Європейську хартію прав пацієнтів (2002), Декларацію про політику у сфері забезпечення прав пацієнта в Європі (1994). Договори у сфері біоетики та медичних досліджень включають Нюрнберзький кодекс (1947), Гельсінську декларацію Всесвітньої медичної асоціації (1964), Загальну декларацію про біоетику та права людини ЮНЕСКО (2005). Договори щодо

окремих захворювань та медичних проблем присвячені боротьбі з конкретними хворобами або медичними проблемами, як-от Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну. Договори щодо організації систем охорони здоров'я стосуються фінансування системи охорони здоров'я, доступу до основних лікарських засобів і медичних виробів, управління цією сферою.

Формування міжнародних договорів у сфері медичного права відбувається завдяки діяльності спеціалізованих міжнародних організацій, які створюють правові стандарти та координують міжнародну співпрацю у сфері охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) є спеціалізованою установою ООН, що опікується проблемами охорони здоров'я у світовому масштабі. Заснована 7 квітня 1948 року, ВООЗ має на меті забезпечення найвищого рівня здоров'я для всіх людей у світі. У сфері розробки міжнародних договорів медичного права ВООЗ координує міжнародне співробітництво для розвитку й удосконалення систем охорони здоров'я, боротьби з інфекційними захворюваннями, впровадження імунізації, координації фармацевтичної діяльності та інших напрямків. Особливу роль ВООЗ відіграє у встановленні глобальних стандартів антибіотикотерапії та боротьбі з антибіотикорезистентністю.

Рада Європи, хоча й не є спеціалізованою медичною організацією, відіграє вагомий роль у формуванні регіональних європейських стандартів медичного права. Насамперед, під егідою Ради Європи було розроблено Європейську конвенцію про соціальну та медичну допомогу (1953), яка стала одним із перших регіональних інструментів у сфері медичного права. Відповідно до цієї Конвенції, кожна держава-учасниця зобов'язується забезпечувати громадянам інших держав-учасниць, які на законних підставах перебувають на її території та не мають достатніх джерел існування, право на соціальну та медичну допомогу нарівні з власними громадянами. Крім того, Рада Європи розробила низку інших важливих документів у сфері медичного права, зокрема Європейську конвенцію про захист прав людини та біомедицину (1997), що встановлює стандарти захисту людської гідності і прав людини в

контексті застосування біології та медицини. Також вагомий внесок Ради Європи полягає у розробці Європейської соціальної хартії, яка закріплює право на охорону здоров'я.

Всесвітня медична асоціація (ВМА) є міжнародною організацією, що представляє лікарів і відіграє ключову роль у формуванні етичних стандартів медичної професії. Створена в період після Другої світової війни, ВМА взяла на себе відповідальність за встановлення етичних принципів для лікарів усього світу. Одним із найважливіших документів, розроблених ВМА, є Женевська декларація, прийнята в 1948 році та неодноразово доповнена (1968, 1983, 1994, 2005, 2006, 2017). Цей документ являє собою сучасну версію клятви Гіппократа і визначає етичні зобов'язання лікаря.

Також фундаментальне значення має Гельсінська декларація ВМА «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (1964). Цей документ встановлює етичні стандарти проведення медичних досліджень за участю людей та є основою для національного законодавства у сфері медичних експериментів. Загалом, універсальні міжнародні договори становлять фундамент сучасного медичного права, забезпечуючи глобальні стандарти охорони здоров'я. Ці документи, зазвичай ухвалені під егідою ВООЗ, встановлюють правові рамки для всіх країн-учасниць і впливають на формування національних законодавств у сфері охорони здоров'я.

Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я, ухвалений 7 квітня 1948 року, є центральним документом міжнародного медичного права. Цей день вважається датою заснування організації і щорічно відзначається як Всесвітній день здоров'я. Головна мета ВООЗ, сформульована в Статуті, — сприяння забезпеченню охорони здоров'я населення всіх країн світу. Статут ВООЗ можна коротко охарактеризувати як документ, що закріплює «Право на здоров'я». Відповідно до цього документа, ВООЗ координує міжнародне співробітництво з метою розвитку й удосконалення систем охорони здоров'я, викорінення інфекційних захворювань, впровадження глобальної імунізації, боротьби з

поширенням СНІДу та координації фармацевтичної діяльності країн-членів. Статут ВООЗ наділяє Всесвітню асамблею охорони здоров'я повноваженнями ухвалювати правила, «призначені для запобігання міжнародному поширенню хвороб». Ці правила після прийняття Асамблеєю набувають чинності для всіх держав-членів ВООЗ, які протягом визначеного періоду часу не відмовилися від їхнього застосування.

Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП) були вперше прийняті Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 1969 році, проте пізніше зазнали суттєвих змін. Центральним та історичним обов'язком ВООЗ є управління глобальним режимом контролю за міжнародним поширенням хвороб, і саме ММСП є ключовим інструментом виконання цього обов'язку. Оновлена версія ММСП, прийнята 23 травня 2005 року на 58-й асамблеї ВООЗ, значно розширила сферу застосування правил. Головною метою цих правил є «запобігання міжнародному поширенню хвороб, захист від них, боротьба з ними і прийняття відповідних заходів на рівні суспільної охорони здоров'я».

Не менш важливою є Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ) — це міжнародний договір, розроблений під егідою ВООЗ і прийнятий 21 травня 2003 року. Цей документ було створено для глобального зниження рівня тютюнопаління серед населення. РКБТ ґрунтується на сучасних наукових даних про вплив вживання тютюну на здоров'я і аналізі ефективності заходів зі зменшення його вживання. Метою Конвенції проголошено «захист нинішнього і майбутнього поколінь від руйнівних наслідків для здоров'я людей, а також соціальних, екологічних і економічних наслідків споживання тютюну і впливу тютюнового диму».

На відміну від універсальних угод, регіональні міжнародні договори у сфері медичного права відзначаються більшою конкретністю та часто встановлюють вищі стандарти захисту прав людини у галузі охорони здоров'я. Для України особливе значення мають європейські регіональні угоди, що формують правову основу для гармонізації національного законодавства з європейськими стандартами.

Європейська конвенція про захист прав людини та біомедицину (також відома як Конвенція Ов'єдо) була прийнята Радою Європи 4 квітня 1997 року. Цей документ є першим обов'язковим до виконання міжнародним правовим документом, призначеним для захисту людської гідності, прав та свобод через низку принципів і заборон проти зловживання біологічними та медичними досягненнями. Держави-члени Ради Європи, інші держави та Європейське співтовариство, підписуючи цю Конвенцію, взяли до уваги Загальну декларацію прав людини та усвідомили необхідність поважати людину як окрему особу і як члена людської спільноти. Вони також визнали важливість забезпечення людської гідності та недопущення використання біології та медицини у непорядних цілях.

Європейська соціальна хартія, відкрита для підписання у Турині 18 жовтня 1961 року, є іншим важливим регіональним договором, що встановлює соціальні права європейців, зокрема й право на охорону здоров'я. У преамбулі документа зазначається, що метою Ради Європи є досягнення більшого єднання між її членами для збереження та втілення в життя ідеалів і принципів, які є їхнім спільним надбанням, а також сприяння їхньому економічному та соціальному прогресу, зокрема, шляхом збереження та подальшого здійснення прав людини та основних свобод. Стаття 11 Хартії проголошує: «Кожна людина має право користуватися будь-якими заходами, що дозволяють їй досягти найкращого стану здоров'я, який є можливим». Зокрема, держави-учасниці зобов'язуються забезпечувати доступне й ефективне медичне обслуговування для всього населення, запроваджувати політику, спрямовану на попередження захворювань, включно з гарантіями на здорове навколишнє середовище, усувати ризики професійних захворювань, забезпечуючи здоров'я і безпеку на робочому місці та забезпечувати захист материнства. Окрім того, сторони зобов'язуються забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприяють поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності в питаннях здоров'я, а також запобігати, у міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням, а також нещасним випадкам.

Отже, регіональні міжнародні угоди у сфері медичного права створюють важливе доповнення до універсальних договорів, забезпечуючи більш детальне регулювання відносин у сфері охорони здоров'я на європейському рівні. Імплементация норм міжнародного права є цілеспрямованою організаційно-правовою діяльністю держав з метою своєчасної, всебічної й повної реалізації узятих ними відповідно до міжнародного права зобов'язань.

Основними механізмами імплементації є:

1. Рецепція — текстуальне повторення нормотворчим органом держави змісту міжнародно-правової норми в статті нормативно-правового акта. Розрізняють загальну рецепцію (закріплення в конституціях держав положення, що міжнародні договори є частиною національного права) та індивідуальну (потребує окремого внутрішньодержавного акта).

2. Інкorporація — включення в національну правову систему норм, ідентичних з нормами акта міжнародного права.

3. Трансформація — не лише відтворення, але і переробка норм міжнародного договору відповідно до принципів національного права, що призводить не лише до доповнення чинного внутрішнього права, але і до зміни норм.

4. Відсилання — вказівка у національному законодавстві на те, що певна поведінка регулюється положеннями міжнародних договорів.

В цьому контексті варто згадати застереження у міжнародному праві — це одностороння заява держави при підписанні, ратифікації чи приєднанні до договору, яка має на меті анулювати або змінити правове значення якихось положень документа. Застереження надає можливість державі брати участь у багатосторонньому договорі, в якому без цього застереження вона не змогла б чи не побажала б брати участь. Держави можуть робити застереження у момент підписання, ратифікації, схвалення чи приєднання до договору. Коли держава робить застереження у момент підписання, вона повинна підтвердити це застереження під час ратифікації чи схвалення. У такий спосіб, структура та зміст міжнародних договорів у медичному праві, а також механізми їх

імплементції та особливості застережень визначають ефективність цих документів у регулюванні міжнародних відносин у сфері охорони здоров'я.

Варто детальніше проаналізувати деякі договори та угоди, які мають вагомий вплив на міжнародне медичне право. Наприклад, захист прав пацієнтів поступово виокремився як самостійний напрям міжнародного медичного права, що регулюється низкою спеціалізованих документів. Лісабонська декларація була прийнята 34-ю Всесвітньою медичною асамблеєю у вересні-жовтні 1981 року в Лісабоні, Португалія. Цей документ окреслює основні права, які медичні працівники повинні намагатися забезпечувати пацієнтам. Зокрема, декларація встановлює право пацієнта вільно обирати свого лікаря; право отримувати допомогу від лікаря, який вільний від зовнішніх впливів при ухваленні клінічних або етичних рішень; право погодитися або відмовитися від лікування після отримання адекватної інформації; право на конфіденційність медичних і особистих відомостей; право померти з гідністю; право прийняти або відхилити духовну та моральну підтримку. Лісабонська декларація наголошує: якщо законодавство або дії уряду не визнають прав пацієнта, лікарі повинні намагатися забезпечити або відновити ці права відповідними засобами. Насамперед це відображає розуміння, що лікар завжди повинен діяти у злагоді зі своєю совістю і в найвищих інтересах пацієнта.

Європейська хартія прав пацієнтів була розроблена 2002 року активною громадською мережею у співпраці з громадськими організаціями з різних країн Європейського Союзу. Хоча цей документ має рекомендаційний характер, потужні організації з прав пацієнтів у Європі успішно лобіювали визнання цих прав на законодавчому рівні. Хартія містить 14 основних прав пацієнтів, серед яких права на: профілактичні заходи, доступність допомоги, отримання інформації, інформовану згоду, вибір, конфіденційність, повагу до часу пацієнта, допомогу відповідно до стандартів якості, безпеку, використання сучасних технологій, усунення надмірного болю, індивідуалізоване лікування, скаргу та право на отримання відшкодування завданої шкоди. Крім того, Хартія підкріплена трьома правами активних громадян: правом здійснювати громадські

заходи, правом здійснювати правозахисні заходи та правом брати участь у формуванні політики.

Не менш важливою є Декларація про політику у сфері забезпечення прав пацієнта в Європі, яка була прийнята на Європейській консультативній нараді ВООЗ із прав пацієнта, що відбулася в Амстердамі (Нідерланди) у березні 1994 року. Документ представляє собою звід основних принципів, спрямованих на підтримку й здійснення прав пацієнта на території європейських держав-членів ВООЗ. Водночас декларація відрізняється від попередніх спроб визначення прав пацієнтів тим, що розглядає пацієнтів як споживачів медичних послуг і партнерів у системі охорони здоров'я. На відміну від раніших документів, які розглядали права лише окремих груп або стосувались конкретних видів діяльності, ця декларація пропонує цілісний підхід. Основними цілями декларації є: підтвердити основні права людини у сфері охорони здоров'я; захистити гідність і цілісність особистості; допомогти пацієнтам отримати максимальну користь від системи охорони здоров'я; сприяти розвитку відносин між пацієнтами та медичними працівниками; забезпечити захист вразливих категорій населення.

Отже, міжнародні договори у сфері прав пацієнтів становлять важливу частину міжнародного медичного права та формують основу для розвитку національного законодавства у цій галузі. Розвиток біомедичних технологій поставив перед людством етичні питання, що вимагали міжнародного правового регулювання. Тому поступово сформувалася низка важливих документів, які встановлюють етичні принципи медичних досліджень. Нюрнберзький кодекс став результатом Нюрнберзького процесу над лікарями в 1947 році та заклав основу для багатьох національних і міжнародних законів. Цей документ уперше закріпив пріоритет прав особистості над інтересами науки і суспільства. Гельсінська декларація розширила принципи Нюрнберзького кодексу, безпосередньо застосовувавши їх до клінічної дослідницької роботи. Прийнята в 1964 році, вона зазнала восьми переглядів, останній у 2008 році. Хоча декларація не є юридично обов'язковою, вона

впливає на національне та регіональне законодавство. Її роль описується як «власність усього людства», головний принцип — інтереси пацієнта завжди переважають над інтересами дослідження. Декларація вимагає інформованої згоди учасників, з можливістю згоди представників для недієздатних осіб.

Важливою також є Загальна декларація про біоетику та права людини, яка була прийнята 19 жовтня 2005 року Генеральною конференцією ЮНЕСКО. Цей документ визнає, що етичні проблеми, породжені науковим прогресом, слід розглядати з позиції поваги гідності людської особистості та прав людини. Декларація встановлює універсальний комплекс принципів, якими можуть керуватися держави при розробці законодавства у сфері біоетики. Її цілі включають: захист людської гідності, поваги людських прав, визнання важливості свободи наукових досліджень та забезпечення справедливого доступу до медичних досягнень.

Загалом, міжнародні договори та угоди у сфері медичного права пройшли значний шлях розвитку від перших санітарних конвенцій до сучасної комплексної системи правового регулювання охорони здоров'я. Безперечно, ключову роль у цьому процесі відіграла Всесвітня організація охорони здоров'я, яка створила фундаментальні правові стандарти та механізми міжнародної співпраці. Універсальні договори, насамперед Статут ВООЗ та Міжнародні медико-санітарні правила, встановлюють базові принципи охорони здоров'я. Регіональні угоди, зокрема європейські конвенції та хартії, забезпечують додаткові механізми захисту прав пацієнтів та регулювання медичної діяльності. Майбутній розвиток міжнародного медичного права потребуватиме подальшого вдосконалення механізмів захисту прав пацієнтів, регулювання біомедичних досліджень та впровадження нових технологій у медичну практику. Саме тому розуміння системи міжнародних договорів медичного права стає необхідною умовою розвитку національної системи охорони здоров'я.

3.2. Перспективи та виклики міжнародного медичного права

Право на найвищий досяжний рівень здоров'я є одним із фундаментальних прав кожної людини, що закріплено в Конституції Всесвітньої організації охорони здоров'я. Саме тому міжнародне медичне право відіграє ключову роль у забезпеченні та захисті цього права на глобальному рівні. XXI століття принесло людству безпрецедентні глобальні виклики, що безпосередньо впливають на трансформацію міжнародного медичного права. Сучасні загрози вимагають нових правових механізмів та посилення міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я.

Пандемія COVID-19 стала справжнім випробуванням для міжнародної системи охорони здоров'я та виявила суттєві прогалини в чинних механізмах реагування на глобальні надзвичайні ситуації. Саме під час цієї кризи координуючу роль у боротьбі з поширенням COVID-19 відіграла Всесвітня організація охорони здоров'я, хоча важливі питання у сфері принципів та основних засад міжнародного співробітництва обговорювалися також на порядку денному Генеральної Асамблеї ООН, яка прийняла дві резолюції щодо боротьби з поширенням COVID-19. Перша резолюція 74/270 «Глобальна солідарність у боротьбі з коронавірусним захворюванням 2019 р.» підкреслила центральну роль системи ООН у співробітництві та вказала, що боротьба з COVID-19 можлива шляхом прийняття глобальних заходів на основі єдності та солідарності [60].

Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП) 2005 року, які є основним механізмом боротьби з інфекційними хворобами, виявилися недостатньо ефективними. Резолюція «Відповідь COVID-19» Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я від 19 травня 2020 року спонукає до перегляду ефективності ММСП через аналіз виконання зобов'язань держав-учасниць. Кліматична криза також створює серйозні виклики для міжнародного медичного права. За оцінками ВООЗ, між 2030 та 2050 роками зміна клімату стане причиною додаткових 250

тисяч смертей на рік через малярію, недоїдання, діарею й теплове навантаження. Вплив зміни клімату на здоров'я людини проявляється через:

1. Прямі наслідки — екстремальні погодні явища (хвилі спеки, повені, посухи).
2. Непрямі наслідки — зміни екологічних систем, що впливають на урожайність сільськогосподарських культур і доступ до води.
3. Соціальні наслідки — зuboжіння, переміщення населення та проблеми з психічним здоров'ям.

Проблема реалізації прав людини в контексті кліматичних змін потребує нових міжнародно-правових підходів. Аномальні стихійні явища знищують людські оселі, а посуха та ерозія ґрунтів змінюють навколишнє середовище, загрожуючи домівкам мільйонів людей. Наразі понад мільярд людей не мають доступу до питної води, і зміна клімату лише погіршуватиме цю ситуацію.

Особливо вразливими до кліматичних змін є діти, оскільки це загрожує їхній здатності виживати та розвиватися. Крім того, зміна клімату непропорційно впливає на людей, які вже зазнають дискримінації та нерівності. Безперечно, міграційні процеси також створюють значні виклики для міжнародного медичного права, особливо щодо забезпечення права на охорону здоров'я для біженців та мігрантів. Три чверті від загальної кількості біженців перебувають у регіонах, що розвиваються, де системи охорони здоров'я вже перенасичені та не мають достатньої забезпеченості [67]. Біженці та мігранти стикаються з численними перешкодами у доступі до медичної допомоги. До таких перешкод належать: мовні бар'єри та відсутність інформації про доступні послуги, надмірна бюрократія та страх переслідування, фінансові обмеження та відсутність медичного страхування.

В умовах пандемії COVID-19 світова спільнота усвідомила, що захист прав та здоров'я всіх людей, включаючи мігрантів, є необхідним для контролю поширення вірусу. Водночас, хоча багато країн захищають громади біженців, вони часто не готові реагувати на такі кризи. Тому міжнародні фінансові установи мають відіграти провідну роль у наданні фінансової підтримки

державам для забезпечення належного доступу біженців та мігрантів до медичних послуг. У цьому контексті варто згадати про стрімкий розвиток сучасних технологій. Він змінює не лише способи надання медичної допомоги, але й створює нові правові виклики для міжнародного медичного права. Цифрова трансформація медичної галузі вимагає адаптації правових норм та створення нових регуляторних механізмів, які забезпечать баланс між інноваціями та захистом прав пацієнтів.

Телемедицина, що дозволяє надавати медичні послуги пацієнтам на відстані, набуває особливого значення в умовах глобалізації. Водночас транскордонний характер цих послуг створює складні правові питання, оскільки різні країни мають відмінні закони щодо медичної практики. Згідно з визначенням, телемедицина — це «комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією» [79]. За даними аналітиків, якщо на кінець 2022 року глобальний ринок телемедичної індустрії складав 63,5 мільярди доларів, то до 2032 року прогнозується зростання до 590,9 мільярдів [78].

В Україні під час воєнного стану телемедицина стала критично важливим інструментом, особливо через масштабні руйнування медичної інфраструктури та масове переміщення населення. Зокрема, дослідження вказують на позитивний вплив діджиталізації на послуги у сфері охорони здоров'я, хоча залишаються проблеми доступу для громадян, які не мають відповідних пристроїв або коштів. Міжнародне медичне право повинно розв'язати низку проблем, пов'язаних із телемедициною, а саме ліцензування лікарів для транскордонної практики, юрисдикція у випадках медичних помилок, визнання електронних рецептів в інших країнах та захист конфіденційності даних пацієнтів.

Окрім цього, штучний інтелект (ШІ) відкриває нові можливості для діагностики та лікування, але також породжує серйозні правові виклики. ШІ вже широко використовується для підвищення швидкості й точності при

встановленні діагнозів у різних галузях медицини, аналізі медичних зображень, клінічних випробуваннях і розробці ліків. Однак застосування ШІ в медицині має суттєві обмеження. Насамперед, відсутні єдині стандарти, схеми обробки результатів та уніфіковані бази даних, що призводить до відмінностей у результатах діагностики в різних медичних закладах. Крім того, існує проблема захисту персональних даних пацієнтів, оскільки не всі лікарні мають необхідний багаторівневий захист баз даних. З правової точки зору, одне з основних питань — відповідальність за помилкові рішення: хто несе відповідальність – розробники ШІ чи лікарі, які використовують ці технології? Не менш важливою є проблема пояснення пацієнтам логіки постановки діагнозу, адже системи з алгоритмами глибинного навчання часто працюють за певним принципом.

У Європейському Союзі розробляється Закон про штучний інтелект (AI Act), що має на меті встановити спільну нормативно-правову базу для технологій ШІ [58]. Крім того, Керівний комітет Ради Європи з прав людини в галузі біомедицини та охорони здоров'я визначив, що особливою проблемою є використання даних пацієнтів для навчання і тестування систем ШІ. Генетичні технології, зокрема редагування генів, створюють безпрецедентні етичні та правові виклики. Вони відкривають можливості для виправлення генетичних хвороб, але також можуть використовуватися для «покращення» генетичних характеристик, не пов'язаних із хворобами.

Одним із ключових аспектів є конфіденційність геномної інформації. Наукові дослідження підкреслюють необхідність формулювання та обґрунтування принципів регулювання відносин з обробки геномної інформації людини, зокрема: пріоритету життя і здоров'я громадян над інтересами науки і суспільства, конфіденційності генетичної інформації кожного громадянина та рівності громадян незалежно від генетичних характеристик.

Серед правових аспектів генетичного редагування особливо важливим є розробка чітких моральних та правових стандартів. На міжнародному рівні потрібно враховувати різноманітні питання, включаючи модифікацію

гермінативних клітин, які можуть мати непередбачувані наслідки для майбутніх поколінь, потенційні ризики евгеніки та проблеми доступності генетичних технологій для різних соціальних шарів населення.

Саме гармонізація національних законодавств у сфері охорони здоров'я виступає необхідною умовою формування ефективної міжнародної системи медичного права. З посиленням інтеграційних процесів та розвитком глобальних проблем у сфері охорони здоров'я значно загострилася потреба створення та впровадження універсальних міжнародно-правових стандартів. Впровадження міжнародних стандартів у національне законодавство в галузі охорони здоров'я стикається з низкою суттєвих перешкод. Насамперед, виникає термінологічний розрив між офіційними перекладами міжнародних актів і законодавством України — в однакових нормах часто застосовуються різні, хоча й синонімічні слова. Це створює складнощі при тлумаченні та застосуванні правових норм.

Крім того, повна імплементація Директив ЄС у сфері охорони здоров'я вимагає системного підходу. Наприклад, імплементація Директиви 89/654/ЄЕС можлива лише після повного впровадження в національне законодавство Директиви 89/391/ЄЕС, оскільки перша є окремою Директивою в значенні частини 1 статті 16 другої [29].

Основними шляхами імплементації норм міжнародного медичного права в національне законодавство є прямий та опосередкований. Прямий шлях включає обов'язкові до виконання рішення Всесвітньої організації охорони здоров'я та Всесвітньої організації праці. А опосередкований відбувається шляхом укладання та ратифікації міжнародних угод, які містять зобов'язання для держави у галузі забезпечення права на охорону здоров'я. Однак, перш ніж впроваджувати концептуальні основи міжнародних стандартів охорони здоров'я, необхідно організувати систематизацію та порівняння норм міжнародних стандартів із існуючими нормативними актами. Важливо зауважити, що не всі міжнародно-правові стандарти є обов'язковими до

впровадження для держав, проте вони визначають основні засади прав пацієнтів у сфері охорони здоров'я в цивілізованих країнах.

Суттєвою проблемою для України залишається відсутність деяких ратифікованих базових міжнародних документів. Зокрема, Україною не ратифікована базова Конвенція МОП № 187 про основи, які сприяють безпеці та гігієні праці, і відповідна Рекомендація № 19721 [29].

Враховуючи вищевикладене, майбутнє міжнародного медичного права формується під впливом глобальних трансформацій у системі охорони здоров'я та зростаючих потреб суспільства. Поступова еволюція правових механізмів захисту права на здоров'я відображає багатовимірність викликів, що постають перед світовою спільнотою у XXI столітті. Останніми роками дискусії про глобальну систему охорони здоров'я набули особливої актуальності, зокрема після пандемії COVID-19. Світова спільнота усвідомлює, що здоров'я населення є не лише показником сучасного соціально-економічного стану країни, але й запорукою її розвитку завдяки зростанню можливостей для реалізації індивідуального потенціалу громадян. Формування глобальної системи охорони здоров'я ґрунтується на розумінні здоров'я як юридичного зобов'язання держав забезпечити доступ до своєчасної, прийнятної та доступної медичної допомоги. Однак важливо підкреслити, що глобальна система охорони здоров'я має враховувати не лише медичну допомогу, але й інші чинники здоров'я, соціальні та політичні детермінанти.

З огляду на це, майбутній розвиток міжнародного медичного права спрямовуватиметься на створення моделі системи охорони здоров'я, що забезпечує збалансоване, безперервне надання безоплатних, якісних і безпечних послуг населенню. Водночас відбуватиметься розширення ролі первинної ланки медичної допомоги та трансформація маршрутів пацієнтів. Тенденція до розширення медичних прав людини стає дедалі помітнішою в міжнародному медичному праві. Всесвітня організація охорони здоров'я чітко заявляє, що здоров'я є фундаментальним правом людини, притаманним усім людям, і ці права є неподільними, незалежними і недискримінаційними. Крім того,

стратегічною ціллю імплементації Національної стратегії у сфері прав людини в Україні є забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги та медичного обслуговування. Для розширення медичних прав необхідно впровадити ефективну систему реабілітації, забезпечити зменшення інвалідизації населення та створити умови для збереження психічного здоров'я.

Зміцнення міжнародного медичного партнерства між провідними українськими та світовими клініками становить основу сталої взаємодії та масштабного обміну досвідом для розвитку медичної галузі. За даними, за дев'ять місяців чинності відповідної програми було підписано 34 меморандуми та досягнуто ще десяти домовленостей про співпрацю між країнами. Однак саме Всесвітня організація охорони здоров'я залишається ключовим гравцем у розвитку міжнародного медичного права. Посилення її ролі особливо важливе для запобігання катаклізмам як у окремих країнах, так і в глобальному масштабі. Саме ВООЗ має величезний позитивний міжнародний досвід у боротьбі з різними проблемами охорони здоров'я та залишається єдиною ефективною організацією, що консолідує зусилля більшості країн світу для подолання проблем людства. Насамперед учасники міжнародної співпраці наголошують, що в основі успішного міжнародного медичного партнерства стоїть медична дипломатія та розвиток людського капіталу. Адже якісні зміни в медичній системі можливі й ефективні, коли медична спільнота налагоджує міцні взаємозв'язки.

Перспективи розвитку міжнародного медичного права пов'язані з посиленням міжнародного співробітництва, розширенням переліку медичних прав людини та формуванням глобальної системи охорони здоров'я, яка враховуватиме не лише медичні, але й соціальні, економічні та політичні чинники здоров'я населення. Окрім цього, етичні питання також стоять у центрі сучасних дискусій про майбутній розвиток міжнародного медичного права, особливо коли йдеться про вирішення складних моральних дилем, що виникають на перетині індивідуальних прав та суспільних інтересів. Зі зростанням технологічних можливостей та глобальних викликів у сфері

охорони здоров'я, етичні принципи набувають дедалі більшого значення для формування справедливої та ефективної системи міжнародного медичного права. Принцип автономії пацієнта є фундаментальним у сучасній медичній етиці та праві. Як зазначено у біоетичній літературі, автономія є ключовим поняттям, оскільки лише автономна особа може здійснювати вибір і нести відповідальність за свої рішення. Сутність цього принципу полягає у твердженні, що людину ніколи не можна розглядати лише як засіб чи інструмент — концепція, яка бере початок ще з філософії Канта: «Кожна особа — самоціль, і ні в якому разі не повинна розглядатися як засіб для здійснення будь-яких завдань, навіть якщо це завдання визначального блага».

Водночас, повна реалізація автономії пацієнта вимагає дотримання низки умов, зокрема: наявності суб'єкта прийняття рішення, відсутності примусу чи обману, доступності адекватної інформації та компетентності пацієнта. Для забезпечення інформованої згоди пацієнт повинен отримати вичерпну інформацію про мету втручання, його тривалість, очікувані результати, можливі ризики та альтернативні методи лікування. Однак сучасні глобальні виклики, як-от пандемії, загострюють протиріччя між індивідуальною автономією та суспільними інтересами. Головна біоетична дилема пандемії COVID-19 полягала у протистоянні суспільної етики охорони здоров'я (справедливий розподіл обмежених ресурсів та орієнтація на громадську безпеку) та клінічної етики (орієнтація на конкретного пацієнта).

Проблема справедливого розподілу обмежених медичних ресурсів також набуває особливої гостроти в контексті глобалізації охорони здоров'я. В умовах пандемії COVID-19 світова спільнота зіткнулася з необхідністю вирішення складних етичних питань щодо розподілу дефіцитних ресурсів, таких як ліжка інтенсивної терапії, апарати ШВЛ та вакцини. У відповідь на ці виклики були розроблені етичні рекомендації щодо «клінічного сортування» пацієнтів, які ґрунтуються на різних критеріях, зокрема як-от максимізація користі, справедливість, пропорційність та мінімізація примусу [30].

Варто додати, що в Україні принцип справедливості розглядається як «вразливість як на суспільне добро, так і на суспільне зло». Він забезпечує рівність можливостей, об'єктивність оцінки та неупереджене ставлення до різних соціальних груп. Крім цього, особливо актуальною є проблема справедливого розподілу ресурсів у контексті реформування системи охорони здоров'я України. Згідно з Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, ключовими принципами нової моделі є фінансовий захист (захист від катастрофічних витрат у випадку хвороби), справедливість доступу до медичної допомоги незалежно від фінансового стану, а також чесність та прозорість у розподілі бюджетних коштів.

Отже, майбутнє міжнародного медичного права нерозривно пов'язане з вирішенням етичних дилем щодо балансу між індивідуальними правами та суспільними інтересами, а також справедливим розподілом медичних ресурсів у глобальному масштабі. Розв'язання цих питань потребує розробки чітких етичних стандартів, що враховують як універсальні моральні принципи, так і регіональні та національні особливості. Міжнародне медичне право стрімко розвивається, відповідаючи на глобальні виклики сучасності. Пандемія COVID-19 наочно продемонструвала необхідність посилення міжнародної співпраці та вдосконалення правових механізмів у сфері охорони здоров'я.

Технологічні інновації, зокрема телемедицина, штучний інтелект та генетичні технології, створюють нові можливості для розвитку медицини, але водночас вимагають ретельного правового регулювання. Етичні дилеми щодо балансу між правами пацієнта та суспільними інтересами потребують виважених рішень на міжнародному рівні. Україна демонструє значний прогрес у гармонізації національного законодавства з міжнародними стандартами. Створення Органу державного контролю, розвиток міжнародного партнерства та активна участь у глобальних ініціативах свідчать про готовність нашої держави бути повноцінним учасником формування майбутнього міжнародного медичного права.

Майбутнє міжнародного медичного права залежить від здатності світової спільноти забезпечити справедливий доступ до якісної медичної допомоги, захистити права пацієнтів та ефективно реагувати на нові виклики у сфері охорони здоров'я. Спільні зусилля держав, міжнародних організацій та медичної спільноти мають вирішальне значення для досягнення цієї мети.

ВИСНОВКИ

На підставі проведеного дослідження в рамках бакалаврської роботи можна зробити такі висновки:

1. Вивчення питань, пов'язаних із зародженням медичного права у стародавні часи, дає підстави відзначити, що вже в період формування перших соціальних структур існувала потреба у встановленні певних норм поведінки щодо медичної діяльності. У Єгипті, Месопотамії, Індії, Китаї, Стародавньому Римі та Стародавній Греції початкові форми правового регулювання охоплювали не лише практичні аспекти лікування, а й встановлення етичних норм, що визначали взаємовідносини між лікарем і пацієнтом, а також регламентували обов'язки та відповідальність медичних працівників. Ці норми, зокрема, були пов'язані з усвідомленням священного характеру життя, що ще в античних культурах знаходило своє відображення в релігійних віруваннях і обрядовості. Таким чином, зародження медичного права можна розглядати як реакцію на потребу суспільства у забезпеченні належного лікування, підтримці здоров'я населення і створенні певних стандартів медичної етики.

2. У процесі роботи над дипломним дослідженням виявлено роль релігії та етики у становленні медичного права. Зокрема релігійні доктрини стали однією з основних сил, що впливали на формування моральних та етичних норм у сфері охорони здоров'я. Релігійні інститути, в тому числі й церква, існували як регулятори суспільного життя, встановлюючи чіткі правила щодо догляду за хворими та обов'язків лікарів. Етичні принципи, закладені в релігійних текстах, стали основою для формування професійної відповідальності медичних працівників і регулювання їх поведінки. Ці норми не лише визначали стандарти лікування, а й сприяли розвитку системи взаємодії між лікарем і пацієнтом, стимулюючи розвиток гуманістичних підходів до охорони здоров'я. Таким чином, релігія і етика виступали як каталізатори трансформації первісних правових норм у більш складну систему, що забезпечувала не лише ефективність лікування, але й моральну відповідальність за застосування медичних знань.

3. У роботі проаналізовано період новітньої історії, який відзначається радикальними змінами в суспільних структурах, що безпосередньо вплинуло на розвиток медичного права. Світові війни, соціально-політичні перевороти та науково-технічний прогрес створили нові умови, в яких питання охорони здоров'я набули особливого значення. Від цього залежало не лише життя окремих осіб, але й стійкість державних систем. Внаслідок цих подій виникла потреба у створенні більш чітких, уніфікованих і ефективних правових механізмів, які б регулювали як внутрішні, так і міжнародні відносини у сфері охорони здоров'я. Формування основ сучасного медичного права відбувалося через запровадження перших міжнародних конвенцій та договорів, які охоплювали питання етики, прав людини та стандартів медичної допомоги. Цей період характеризується поступовим переходом від традиційних підходів до більш комплексного розуміння медичних прав, де враховувались не лише технічні аспекти лікування, а й соціально-правові, етичні та гуманітарні вимоги.

4. Характеризуючи медичні стандарти в міжнародному праві, можна наголосити на тому, що однією з ключових складових формування основ міжнародного медичного права є встановлення єдиних медичних стандартів, що регулюють практику охорони здоров'я на глобальному рівні. Аналіз нормативно-правових актів, прийнятих міжнародними організаціями, зокрема Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), показує, що ці стандарти стали важливим інструментом забезпечення якості медичних послуг та захисту прав пацієнтів. Женевські конвенції, міжнародні кодекси етики та інші міжнародно-правові акти не лише сприяють гармонізації національних законодавств, але й встановлюють загальноприйняті принципи, що мають універсальне значення. Стандарти охоплюють широкий спектр питань: від медичного обслуговування в умовах повсякденного життя людей, у тому числі і під час збройних конфліктів, до норм етики в клінічних дослідженнях. Завдяки цьому, міжнародне медичне право набуло спроможності урегульовувати конкретні проблеми у сфері охорони здоров'я на різних рівнях – національному,

регіональному, глобальному, та впливати на розвиток культури, орієнтованої на безпеку, ефективність та гуманізм у цій сфері.

5. Аналіз міжнародних договорів та угод у сфері медичного права дає підстави констатувати, що сучасна система міжнародного медичного права базується на комплексі міжнародних договорів, конвенцій і угод, що сприяють інтеграції національних правових систем у єдину глобальну мережу регулювання медичної діяльності. Аналіз сучасних міжнародно-правових актів дає змогу відзначити їхню важливість для створення умов, за яких можливе ефективне вирішення транснаціональних медичних питань. Вони забезпечують правову основу для координації дій держав та міжнародних організацій, сприяють обміну досвідом, стандартизації підходів до лікування і профілактики захворювань, а також встановлюють механізми захисту прав пацієнтів на національному, регіональному та глобальному рівнях. Сучасні міжнародні угоди враховують швидкий розвиток медичних технологій, нові виклики в галузі біоетики та необхідність адаптації правових норм до сучасних соціальних та економічних умов. Таким чином, міжнародне медичне право демонструє свою динамічність і здатність до постійного вдосконалення з метою забезпечення високих стандартів охорони здоров'я в умовах глобалізації.

6. Спроба прогнозів перспектив та викликів міжнародного медичного права зводиться до того, що перспективи розвитку міжнародного медичного права тісно пов'язані із сучасними викликами, що постають перед світовою спільнотою. По-перше, швидкий розвиток медичних технологій, зокрема в області генетики, нанотехнологій та цифрової медицини, вимагає перегляду існуючих правових норм та створення нових механізмів регулювання. По-друге, зростаюча глобальна взаємозалежність держав стимулює розвиток міжнародної співпраці, що дозволяє краще координувати дії у сфері боротьби з епідеміями, забезпечення доступу до медичної допомоги та захисту прав пацієнтів. Особливо актуально це проявляється під час глобальних криз, таких як пандемії, коли ефективна взаємодія між країнами є ключем до збереження здоров'я населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Книги

1. Buck A.H. *The Growth of Medicine from the Earliest Times to About 1800*. New Haven: Yale University Press, 1917. 582 с.
2. Drach O.O., Borysenko N.M. *Історія медицини і фармації (від найдавніших часів до середини XVII ст.): навчальний посібник*. Черкаси: видавець Чабаненко Ю.А., 2018. 244 с.
3. Frothingham, Arthur Lincoln. *The Monuments of Christian Rome from Constantine to the Renaissance*. London: The Macmillan Company, 1908. 49 с.
4. Gladun Z.S. *Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення України*. Київ: Юрінко Інтер, 2007.
5. Ganitkevych Ya.V. *Історія української медицини в датах та іменах*. Львів, 2004. 364 с.
6. Holyachenko O.M., Ganitkevych Ya. *Історія медицини: підручник*. Тернопіль: Лілея, 2004. 248 с.
7. Jacobsen T. *Скарби Темряви: історія месопотамської релігії*. Москва, 1995. 293 с. ISBN 5-02-016601-4.
8. Lifton-Robert, Robert J. *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. Basic Books, 2000. ISBN 978-0-465-04905-9.
9. Luzyk L.F., Malyuta V.R., Melnyk V.I. *Історія медицини та медсестринства*. Київ: Медицина, 2018. 376 с.
10. Meulenbeld G.J. *A History of Indian Medicine*. Vol. 1. Groningen: Egbert Forsten, 1999.
11. Nalyvayko L.R., Stepanenko K.V. *Міжнародно-правові стандарти прав людини: навчальний посібник*. Дніпро: ДДУВС, 2019. 184 с.
12. Porter R. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. New York: W.W. Norton & Company, 1999. 872 p.
13. Stupak F.Ya. *Історія медицини: підручник*. Київ: Книга-плюс, 2016. 176 с.

14. *Визначні імена в світовій медицині* / Г.Ю. Аронов, О.А. Грандо, М.Б. Мирський та ін.; за ред. О.А. Грандо. Київ: РВА «Тріумф», 2001. 320 с.
15. *Закони Ману* / пер. з санскриту І.С. Світличного. Київ: Вид-во східної літератури, 1994. 256 с.
16. *Медичне право: підручник* / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. С.Б. Булеци, д-ра юрид. наук, доц. М.В. Менджул. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2021. 720 с.
17. *Медичне право: підручник* / Ю.С. Шемшученко, В.С. Петров, Н.О. Шукліна та ін.; за ред. Ю.С. Шемшученка, В.С. Петрова. Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2022. 448 с.
18. *Нариси з історії та культури євреїв України*. Видання третє. Київ: Дух і Літера, 2009. 440 с.

Статті в журналах і збірниках

19. Baryshnikov M. *Міжнародне медичне право та його вплив на медичне законодавство України. Медичне фармацевтичне право*. URL: http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2008-05-21/188-190.pdf (дата звернення: 08.03.2025).
20. Garmatiy N.Ye. *Медичне право як окрема галузь права: проблеми теорії та практики*. *Юридичний вісник*, 2020, № 4, с. 215–221. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2020/nov/22520/21.pdf> (дата звернення: 20.03.2025).
21. Grevtsova R.Yu. *Медичне право України: тенденції і перспективи розвитку в умовах глобалізаційних та євроінтеграційних процесів*. *Юридичний науковий електронний журнал*, 2014, № 1-6. URL: <http://lcslaw.knu.ua/index.php/arkhiv-nomeriv/1-6-2014/item/159-medychne-pravo-ukrainy-tendentsii-i-perspektyvy-rozvytku-v-umovakh-hlobalizatsiinykh-ta-ievrointehratsiinykh-protsesiv-hrevtsova-r-yu> (дата звернення: 30.03.2025).
22. Grevtsova R.Yu., Chernenko Z.S. *Міжнародне медичне право: поштовх до досліджень*. *Адвокат*, 2012, № 3, с. 11-14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/adv_2012_3_1 (дата звернення: 29.03.2025).

23. Demchenko I.S. *Вплив угоди про асоціацію на подальший розвиток медичного права в Україні. Юридичний вісник*, 2013, № 1-2. URL: <http://lcslaw.knu.ua/index.php/arkhiv-nomeriv/1-2-2013/item/162-vplyv-uhody-pro-a-sotsiatsiiu-na-podalshyi-rozvytok-medychnoho-prava-v-ukraini-demchenko-i-s> (дата звернення: 18.02.2025).
24. Demchenko I.S. *Громадське здоров'я: міждисциплінарні правові підходи. Наукові праці*, 2020, с. 1–15. URL: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/824/1/DemchenkoGromadskezdorovya_mizhpravpidhody.pdf (дата звернення: 15.03.2025).
25. Kondratyuk N.I. *Вплив міжнародного права на розвиток медичного права в Україні. Право та суспільство*, 2020, № 7, с. 106–110. URL: http://www.lsej.org.ua/7_2020/106.pdf (дата звернення: 14.03.2025).
26. Klymenko O.V. *Історія виникнення медичного права. Інвестиції: практика та досвід*, 2012, № 5, с. 107-109. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2012_5_30 (дата звернення: 07.02.2025).
27. Kuzminskyi P.Y. *Відповідальність у медичній діяльності. Державне управління: удосконалення та розвиток*, 2011. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=364> (дата звернення: 11.03.2025).
28. Miroshnychenko V.G. *Медицина у ранньосередньовічній монастирській культурі (V-XI століття). Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*, 2015, Том 15, Випуск 2(50), с. 36-39.
29. Ogorodnyk A., Nahorna A. *Імплементация міжнародних стандартів, ратифікованих Україною, до національного законодавства щодо зниження ризику розвитку професійних захворювань і виробничого травматизму. Український журнал з проблем медицини праці*, 2022, Т. 18. URL: <https://ua.ujoh.org/implementacia-miznarodnih-standartiv-ratifikovanih-ukrainou-do-nacionalnogo-zakonodavstva-sodo-znizenna-riziku-rozvitku-profesijnih-zahvoruvan-i-virobnicogo-travmatizmu> (дата звернення: 14.03.2025).

30. Petrashko L., Martynyuk O. *Етичний компас медичних рішень під час пандемії COVID-19. Суспільні трансформації: міждисциплінарний аспект*. Київ, 2021. URL: https://ukr-socium.org.ua/wp-content/uploads/2021/07/9_25_No-277_2021_ukr.pdf (дата звернення: 11.04.2025).
31. Plishko G.V. *Міжнародні стандарти захисту прав пацієнтів та їх імплементація в національне законодавство України. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право, 2023, № 72, с. 120-126*. URL: <http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/303637/295678> (дата звернення: 17.03.2025).
32. Rabinovych P.M. *Міжнародні стандарти прав людини: властивості, загальне поняття, класифікація. Вісник Національної академії правових наук України, 2016, № 1 (84), с. 19–29*.
33. Skrypnyuk Z. *"Чи", "Інь", "Ян" з погляду сучасного науковця. Науковий світ, 2007, № 4, с. 12-13*.
34. Sydorenko S.V. *Розвиток народної та монастирської медицини Київської Русі. Філософсько-гуманітарні читання: Збірка наукових праць за результатами Міжнародної науково-практичної конференції «Духовність та милосердя в сучасній медичній практиці», Дніпро: ДЗ «ДМА», 2017, с. 249-253*.
35. *Механізм захисту прав іноземців у Стародавній Греції. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Юридичні науки, 2023, с. 30-36*.

Законодавчі акти України

36. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
37. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини».
38. Розпорядження КМУ від 14 липня 2023 р. № 625 «Про схвалення Стратегії розбудови телемедицини в Україні».

39. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.07.2012 № 523 «Типове положення про комісії з питань етики при лікувально-профілактичних закладах, у яких проводять клінічні випробування». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20.07.2012 за № 1236/21548. URL: (дата звернення: 30.03.2025).

Міжнародні документи

40. *Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації: Етичні принципи для медичних досліджень за участю людей* (Гельсінкі, 1964 р., з подальшими змінами). Всесвітня медична асоціація. URL: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/DoH-Jun1964.pdf> (дата звернення: 04.03.2025).

41. *Декларація про сприяння правам пацієнтів у Європі* (Амстердам, 28–30 березня 1994 р.). Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://www.activecitizenship.net/multimedia/files/charter-of-rights/the-forerunners-of-the-charter/The-Declaration-on-The-Promotion-of-Patients-Rights-in-Europe.pdf> (дата звернення: 02.04.2025).

42. *Європейська конвенція про захист прав людини та гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину* (Ов'єдо, 4 квітня 1997 р.). Рада Європи. URL: <https://rm.coe.int/168007cf98> (дата звернення: 24.03.2025).

43. *Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу* (Париж, 11 грудня 1953 р.). Рада Європи. URL: <https://rm.coe.int/16800637c2> (дата звернення: 03.02.2025).

44. *Європейська соціальна хартія (переглянута)* (Страсбург, 3 травня 1996 р.). Рада Європи. URL: <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/charter-texts> (дата звернення: 01.04.2025).

45. *Європейська хартія прав пацієнтів* (Рим, 2002 р.). Active Citizenship Network. URL: https://www.activecitizenship.net/multimedia/import/images/patientsrights/ec_english.pdf (дата звернення: 05.03.2025).
46. *Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації* (Женева, вересень 1948 р.). Всесвітня медична асоціація. URL: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Decl-of-Geneva-v1948.pdf> (дата звернення: 07.02.2025).
47. *Женевська конвенція про поводження з військовополоненими* (Женева, 27 липня 1929 р.). Міжнародний комітет Червоного Хреста. URL: <https://archives.ungeneva.org/conference-re-wounded-sick-and-prisoners-of-war-geneva-1929-final-act-and-conventions> (дата звернення: 06.03.2025).
48. *Женевська конвенція про поводження з військовополоненими* (Женева, 12 серпня 1949 р.). Міжнародний комітет Червоного Хреста. URL: https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.32_GC-III-EN.pdf (дата звернення: 29.03.2025).
49. *Загальна декларація про біоетику та права людини* (Париж, 19 жовтня 2005 р.). ЮНЕСКО. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180> (дата звернення: 15.03.2025).
50. *Лісабонська декларація про права пацієнта* (Лісабон, вересень/жовтень 1981 р.). Всесвітня медична асоціація. URL: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-2005.pdf> (дата звернення: 07.03.2025).
51. *Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права* (Нью-Йорк, 16 грудня 1966 р.). Організація Об'єднаних Націй. URL: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights> (дата звернення: 24.03.2025).

52. *Міжнародні медико-санітарні правила (2005)* (Женева, 23 травня 2005 р.). Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496> (дата звернення: 05.03.2025).

53. *Нюрнберзький кодекс* (Нюрнберг, 19 серпня 1947 р.). Міжнародний військовий трибунал. URL: https://media.tghn.org/medialibrary/2011/04/BMJ_No_7070_Volume_313_The_Nuremberg_Code.pdf (дата звернення: 02.02.2025).

54. *Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну* (Женева, 21 травня 2003 р.). Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf> (дата звернення: 19.03.2025).

55. *Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я* (Нью-Йорк, 22 липня 1946 р.). Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf> (дата звернення: 15.02.2025).

56. *Статут Організації Об'єднаних Націй* (Сан-Франциско, 26 червня 1945 р.). Організація Об'єднаних Націй. URL: <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/full-text> (дата звернення: 24.02.2025).

Веб-ресурси

57. Cleveland Clinic Health Essentials. *What Is Ayurveda and Does It Work?* 10 червня 2022. URL: <https://health.clevelandclinic.org/what-is-ayurveda> (дата звернення: 09.03.2025).

58. EU AI Act: first regulation on artificial intelligence. *European Parliament*. 19.02.2025. URL: <https://www.europarl.europa.eu/topics/en/article/20230601STO93804/eu-ai-act-first-regulation-on-artificial-intelligence> (дата звернення: 16.03.2025).

59. Health Level Seven International. *FHIR Release 5 (v5.0.0): Fast Healthcare Interoperability Resources*. Женева: HL7, 2023. URL: <https://hl7.org/fhir/> (дата звернення: 30.03.2025).

60. Hendel N. *Пандемія COVID-19 та міжнародне право*. Юридична газета online, 2020, Т. 16. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/inshe/pandemiya-sovid19-ta-mizhnarodne-pravo.html> (дата звернення: 08.03.2025).
61. Hetz N. *Цифрові додатки для охорони здоров'я - особливий випадок для захисту даних*. DQS. 25.01.2022. URL: <https://www.dqsglobal.com/uk-ua/navchajtesya/blog/cifrovi-dodatki-dlya-ohoroni-zdorovya-osoblivij-vipadok-dlya-zahistu-danih> (дата звернення: 05.02.2025).
62. International Electrotechnical Commission. *IEC 80001-1:2010. Application of risk management for IT-networks incorporating medical devices – Part 1: Roles, responsibilities and activities*. Geneva: IEC, 2010. URL: https://array.aami.org/doi/10.2345/9781570204005?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 21.02.2025).
63. Ivanović S. *MEDICAL LAW AND ETHICS*. Research Gate. URL: https://www.researchgate.net/publication/314454365_MEDICAL_LAW_AND_ETHICS (дата звернення: 07.02.2025).
64. Reshota N. *Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України*. Ingenious, 2020. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klassifikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-sistem-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> (дата звернення: 24.02.2025).
65. The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH). *Державний експертний центр МОЗ України*. 28.08.2023. URL: <https://www.dec.gov.ua/materials/ich/?role=ua> (дата звернення: 24.03.2025).
66. Zasulska M. *Міжнародна акредитація. Навіщо та які переваги надає українським ЗОЗ? Medical Constructor*. 14.06.2024. URL: <https://medconstructor.org/analytics/mizhnarodna-akreditaciya-navishho-ta-yaki-perevagi-nadaye-ukrayinskim-zoz/> (дата звернення: 24.02.2025).

67. Zhluktenko V. *Права та здоров'я біженців, мігрантів та осіб без громадянства повинні бути захищені у відповідь на COVID-19*. Спільний прес-реліз УВКПЛ, МОМ, УВКБ ООН та ВООЗ. Організація Об'єднаних Націй Україна. 2020. URL: <https://surl.li/sfaawm> (дата звернення: 01.04.2025).
68. Zukin V. *Від медичного безправ'я до медичного права. Цей шлях Україні ще треба пройти!* Інтерфакс-Україна. 02.04.2021. URL: <https://interfax.com.ua/news/blog/735351.html> (дата звернення: 08.03.2025).
69. *Закони Дванадцяти таблиць*. Вікіпедія: вільна енциклопедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Закони_Дванадцяти_таблиць (дата звернення: 15.02.2025).
70. *Ліки України у світлі медичного права*. Health-medix, 2008, № 5-6, с. 188–190. URL: http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2008-05-21/188-190.pdf (дата звернення: 10.02.2025).
71. *Міжнародна організація зі стандартизації. ISO 13131:2021. Інформатика охорони здоров'я — Телемедичні послуги — Настанови з планування якості*. Женева: ISO, 2021.
72. *Міжнародне медичне партнерство*. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/mizhнародne-medichne-partnerstvo> (дата звернення: 29.03.2025).
73. *Національна асоціація адвокатів України. Військова медицина: історія та особливості*. 24 липня 2023. URL: <https://unba.org.ua/publications/print/8212-vijs-kova-medicina-istoriya-ta-osoblivosti.html> (дата звернення: 10.04.2025).
74. *Особливості правового регулювання медичних послуг в умовах сучасності*. Економіка і суспільство, 2020, № 31, с. 40-45. URL: https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/31_70_6/40.pdf (дата звернення: 15.01.2025).

75. *Особливості регулювання медичних правовідносин в Україні*. Запоріжжя: Запорізький державний медичний університет, [б.р.]. 3 с. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/14701/1/%D1%8182-84.pdf> (дата звернення: 17.03.2025).

76. *Правові аспекти у сфері охорони здоров'я: науково-практичний аналіз*. Київ: Українське товариство медичного права, [б.р.]. 23 с. URL: https://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_137_01.pdf (дата звернення: 14.03.2025).

77. *Про стандарти серії GxP (GLP/GCP/GMP). System Management Certification & Education*. URL: <https://sm-mt.com.ua/services/standartu-serii-gxp-glp-gcp-gmp/> (дата звернення: 24.03.2025).

78. *Сучасний стан розвитку телездоров'я та телемедицини в світі*. Міністерство охорони здоров'я України. 11.04.2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/suchasnij-stan-rozvitku-telezdorov-ya-ta-telemedicini-v-sviti> (дата звернення: 12.03.2025).

79. *Що таке Телемедицина?* Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://ehealth.gov.ua/2021/11/15/shho-take-telemedytsyna/> (дата звернення: 08.03.2025).

Навчальні посібники, лекції, конференції

80. Kovalova V.I. *Деонтологія в медицині: лекція з дисципліни "Технологія медичного лікування та діагностики"*. Національний фармацевтичний університет, Кафедра клінічної лабораторної діагностики, 2018.

81. *Foundational guide for twinning partnerships in health*. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2020. 72 с. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/a01eec50-6d25-48bc-8db8-f90f9895ed4a/Foundational_Guide_for_Twinning_Partnerships_UKR3.pdf (дата звернення: 16.03.2025).

82. *Закони Хаммурапі, Царя Вавилону (витяги). Історія держави і права зарубіжних країн: навчальний посібник.* Запорізький юридичний інститут. Київ: Центр навчальної літератури, 2008.

83. *Історія медицини: курс лекцій.* Запоріжжя: Запорізький державний медичний університет, [б.р.]. 84 с. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/18054/1/%D0%86%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%8F%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B8.%20%D0%9A%D1%83%D1%80%D1%81%20%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D0%B9.pdf> (дата звернення: 17.03.2025).

84. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення).* Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції, 17–18.04.2008, м. Львів.