

**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:

**РОЛЬ МІЖНАРОДНИХ ІНСТИТУЦІЙ У ФОРМУВАННІ
МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Здобувачки 4 курсу
денної форми навчання
Щербак Анастасії Олексіївни

Науковий керівник:
доцент кафедри міжнародного права,
європейської та євроатлантичної інтеграції
Ратушний С.М., к.ю.н, доцент

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1. Міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я в системі міжнародного захисту прав людини.....	7
2. Джерела міжнародно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я	15
РОЗДІЛ 2. ДІЯЛЬНІСТЬ МІЖНАРОДНИХ ІНСТИТУЦІЙ У ФОРМУВАННІ СТАНДАРТІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	25
1. Роль Всесвітньої організації охорони здоров'я у розробці міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я.....	25
2. Роль Ради Європи та Європейського Союзу у розвитку регіональних стандартів охорони здоров'я	34
РОЗДІЛ 3. МІЖНАРОДНІ МЕХАНІЗМИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ СТАНДАРТІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	45
1. Механізми міжнародного нагляду за впровадженням стандартів охорони здоров'я та їх ефективність в умовах глобальних криз	45
2. Імплементация міжнародних стандартів охорони здоров'я в законодавство України	56
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	75

ВСТУП

Актуальність теми роботи.

Здоров'я людини є фундаментальним соціальним благом та найвищою соціальною цінністю, що створює базис для реалізації всіх інших політичних, економічних та особистих прав. В умовах стрімкої глобалізації, збільшення міграційних потоків та появи нових транскордонних загроз, таких як пандемія COVID-19, стало очевидним, що забезпечення епідеміологічної безпеки та високої якості медичних послуг неможливо реалізувати виключно в межах національних кордонів окремих суверенних держав. Це зумовлює перехід від ізольованих національних медичних політик до формування єдиного глобального простору охорони здоров'я, координація якого покладається на міжнародні інституції.

Чітке окреслення ролі міжнародних організацій (насамперед Організації Об'єднаних Націй, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Ради Європи та Європейського Союзу) дозволяє визначити стратегію подальшого розвитку як міжнародного медичного права, так і національних систем. Сьогодні міжнародне право охорони здоров'я переживає концептуальну трансформацію: відбувається перехід від захисту виключно колективної санітарної безпеки до пацієнторієнтованої правозахисної моделі, що базується на повазі до людської гідності та автономії. Ефективне функціонування цієї моделі неможливе без розробки, стандартизації та впровадження уніфікованих міжнародних стандартів.

Для вітчизняної юридичної науки і практики дослідження цієї проблематики набуває безпрецедентного значення. Набуття Україною статусу кандидата на вступ до Європейського Союзу вимагає глибокої та оперативної гармонізації національного законодавства з правом ЄС (*acquis communautaire*) у сфері громадського здоров'я, обігу лікарських засобів, інфекційного контролю та цифровізації медицини. Водночас, робота медичної системи в умовах воєнного стану, запровадженого внаслідок збройної агресії, вимагає імплементації гнучких міжнародних механізмів реагування на кризові ситуації та залучення міжнародної підтримки.

Ступінь дослідженості теми. Теоретичним підґрунтям дослідження слугували праці вітчизняних та зарубіжних науковців у галузі міжнародного, європейського та медичного права. Питання концептуалізації права на здоров'я та його міжнародно-правового захисту розкриваються у працях В.Ф. Москаленка, З.С. Скалецької, І.Я. Сенюти, Б. Тобеса. Дослідженню природи міжнародних стандартів, джерел права на охорону здоров'я та механізмів їх імплементації присвячені роботи С. Цебенко, П.М. Рабіновича, І.І. Путраймса, Н. Шелевер, Л. Гостіна, Д. Фідлера та ін. Попри значний масив наукових праць, комплексне дослідження ролі ключових міжнародних інституцій у формуванні багаторівневої системи медичних стандартів з урахуванням останніх змін у глобальній архітектурі охорони здоров'я (зокрема, оновлення Міжнародних медико-санітарних правил у 2024 році) та процесу євроінтеграції України залишається актуальним і потребує подальшого наукового пошуку.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі міжнародно-правового регулювання сфери охорони здоров'я та забезпечення фундаментального права людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я.

Предметом дослідження є нормотворча діяльність, правові механізми та акти міжнародних інституцій (Організації Об'єднаних Націй, ВООЗ, Ради Європи, Європейського Союзу), спрямовані на формування, моніторинг та імплементацію міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я.

Мета бакалаврської роботи - здійснити комплексний теоретико-правовий аналіз ролі та діяльності міжнародних інституцій у процесі формування, розвитку та імплементації міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я.

Для досягнення мети необхідно виконати такі завдання:

- розкрити теоретико-правові засади міжнародно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я, проаналізувавши еволюцію права на здоров'я в системі прав людини;
- сформулювати поняття міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я та виокремити їхні характерні ознаки;

- дослідити багаторівневу систему джерел міжнародно-правового регулювання, класифікувавши універсальні, регіональні та спеціалізовані акти у сфері охорони здоров'я;
- визначити роль та нормотворчі повноваження Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у розробці глобальних медичних стандартів;
- встановити специфіку діяльності Ради Європи та Європейського Союзу щодо розвитку та впровадження регіональних європейських стандартів охорони здоров'я;
- виявити особливості механізмів міжнародного нагляду за впровадженням медичних стандартів та оцінити їх ефективність в умовах глобальних епідеміологічних криз;
- розглянути стан та системні проблеми імплементації міжнародних стандартів охорони здоров'я у національне законодавство України на сучасному етапі.

Методи дослідження.

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань у роботі використано комплекс філософських, загальнонаукових, загальнологічних та спеціально-юридичних методів пізнання, застосування яких забезпечило об'єктивність та достовірність результатів дослідження.

З групи загальнонаукових методів застосовано системний та структурно-функціональний методи - для аналізу багаторівневої системи міжнародних стандартів охорони здоров'я та розуміння компетенцій інституцій (ВООЗ, інституцій ЄС та Ради Європи) як взаємопов'язаних елементів єдиного глобального механізму. Конкретно-історичний метод дозволив простежити еволюцію підходів від колективної санітарної безпеки до пацієнторієнтованої правозахисної моделі.

Із загальних логічних методів теоретичного аналізу використано аналіз, синтез, узагальнення та порівняння для розкриття змісту суміжних правових дефініцій («право на здоров'я», «право на охорону здоров'я», «право на медичну допомогу») та систематизації джерел права.

Серед приватно-наукових методів ключовим став метод порівняльного правознавства, який застосовано для зіставлення європейських та глобальних

стандартів із нормами вітчизняного законодавства. Техніко-юридичний аналіз та метод тлумачення дозволили дослідити тексти міжнародних конвенцій, пактів, директив ЄС, регламентів ВООЗ та законів України, визначаючи їх дійсний правовий вплив на медичну практику.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати бакалаврської роботи були апробовані на III Студентській науковій конференції «Міжнародне та публічне право: перспективи та виклики» [90], що відбулася 21 травня 2026 року в Київському столичному університеті імені Бориса Грінченка. За темою дослідження автором було підготовлено та представлено доповідь «Роль Всесвітньої організації охорони здоров'я у розробці міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я».

Структура роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

Теоретико-правові засади міжнародно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я

1. Міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я в системі міжнародного захисту прав людини

Здоров'я є фундаментальним соціальним благом та невід'ємним правом кожної людини. Воно забезпечує можливість реалізувати інші політичні та соціальні права [1]. Загальне право людини на здоров'я поступово стало самостійним об'єктом захисту як національного, так і міжнародного права. Після закріплення цього права у міжнародно-правових актах середини ХХ століття постало питання не лише його формального визнання, а й визначення практичних механізмів реалізації. У зв'язку з цим міжнародне право почало формувати систему міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я, які визначають обов'язки держав щодо забезпечення належних умов для збереження здоров'я населення. Надалі розвиток цієї системи зумовив появу більш конкретних стандартів охорони здоров'я, що стосуються безпосереднього надання медичної допомоги, організації діяльності медичних установ, прав пацієнтів, професійних обов'язків медичних працівників та якості медичних послуг.

Класичне розуміння здоров'я, зафіксоване в Статуті (Конституції) ВООЗ (1946 р.), описує його як цілковите фізичне, психічне та соціальне благополуччя, що виходить за межі звичайної відсутності недуг [2]. У Статуті також закріплено принцип, за яким володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним із основних прав кожної людини. Такий підхід змінив на той час застарілу медичну модель, у якій пацієнт вважався лише пасивним отримувачем лікарських послуг. Згідно з ним, держава повинна дбати не лише про лікування хвороб, а й про умови, у яких людина може зберігати здоров'я.

Нормативне регулювання питань охорони здоров'я зародилося одночасно з формуванням правових інститутів. У цій сфері доцільно виокремити два рівні: захист громадського здоров'я та забезпечення права окремого індивіда на здоров'я.

Історично публічний інтерес виник значно раніше. У період Середньовіччя влада активно запроваджувала заборонні норми (наприклад, для контролю над інфекційними захворюваннями під час епідемій застосовували суворі обмеження свободи пересування). Освітні заходи тоді демонстрували низьку ефективність, тому закон закріпився як основний інструмент впливу на поведінку населення та впровадження санітарних стандартів. Механізм обмеження прав громадян для медичної профілактики перейшов у сучасну юридичну практику з минулого. Однак сьогодні міжнародне право встановлює жорсткіший контроль за подібними заходами. Починаючи з 1945 року, світова спільнота почала активно протидіяти безпідставному звуженню свобод громадян. Ця тенденція стосується також обмежень, які держави виправдовують медичними потребами.

Згідно з дослідженням Москаленко В.Ф., можна зробити висновок, що забезпечення колективного здоров'я стало завданням влади набагато раніше, ніж утворився інститут прав людини, і тому медичне законодавство століттями орієнтувалося виключно на колективну безпеку [3]. Відповідно правові норми створювались без урахування інтересів окремого пацієнта. Лише в середині ХХ століття міжнародна спільнота почала затверджувати індивідуальне право на охорону здоров'я. Цей процес надав громадянам чіткі юридичні можливості, а на органи державної влади поклав відповідні зобов'язання.

Сьогодні у світі домінує правозахисна модель, яка базується на повазі до людської гідності та автономії. Варто розуміти, що право на здоров'я не означає «права бути завжди здоровим», оскільки держава не здатна контролювати генетику людей чи вікові зміни організму. Натомість міжнародне право гарантує кожному доступ до такої системи охорони здоров'я, яка створює рівні можливості для досягнення найкращого можливого стану здоров'я [4].

Теоретична основа права на здоров'я базується на дуалістичній концепції, яка визнає, що це право поєднує в собі дві категорії повноважень: свободи та права на отримання. Свободи включають право контролювати своє здоров'я та тіло (наприклад, сексуальні та репродуктивні права) та бути вільним від втручання (наприклад, вільним від тортур та медичного лікування та експериментів без згоди,

що особливо актуально для осіб з інвалідністю). Права на отримання гарантують доступ до якісних медичних послуг без дискримінації [5].

За класичною класифікацією, право на здоров'я відноситься до другого покоління (соціально-економічні та культурні права). Право на здоров'я входить до групи соціальних прав, головна мета яких - гарантувати людині необхідний соціальний захист та гідний життєвий рівень [3]. На відміну від громадянських та політичних прав першого покоління, які вимагають від держави переважно невтручання у приватну сферу особи, соціальні права вимагають від урядів активних дій. Це означає, що держава повинна створювати реальні матеріальні, фінансові та інституційні умови для реалізації права на медичну допомогу. Проте науковці дедалі частіше наголошують на неподільності прав людини, оскільки право на здоров'я містить елементи першого покоління, зокрема право на тілесну недоторканність та свободу від примусових медичних втручань.

У системі конституційних прав людини право на здоров'я посідає особливе місце через зв'язок з правом на життя. Стаття 3 Конституції України визначає людину, її життя і здоров'я найвищою соціальною цінністю в державі. Скалецька З. С. підкреслює, що діяльність держави повинна зосереджуватися навколо цих цінностей, оскільки збереження здоров'я становить загальний обов'язок суспільства. Крім того, дослідник І. В. Кадуха зазначає, що право на охорону здоров'я має міждисциплінарний характер. Без належного рівня здоров'я особа не здатна повноцінно реалізовувати свої політичні, трудові або освітні права [6].

Право на здоров'я також пов'язане з екологічними правами. Достойне життя людини можливо забезпечити лише в умовах сприятливого навколишнього середовища. Життя і здоров'я населення залежать від екосистеми, а її безконтрольне забруднення призводить до зниження рівня здоров'я та створює негативні наслідки для майбутніх поколінь. Відтак, заходи з охорони навколишнього середовища сьогодні виступають способами забезпечення прав і свобод людини, які стосуються охорони здоров'я.

Вітчизняні науковці під час дослідження цієї теми часто звертають увагу на складність термінологічного апарату. Правознавець Скалецька З. С. зазначає про

наявність дискусії щодо співвідношення таких понять, як «право на здоров'я», «право на охорону здоров'я» та «право на медичну допомогу». Дослідниця вказує на історичні складнощі перекладу: у міжнародних документах, зокрема у Статуті ВООЗ, терміни «health» (здоров'я) та «health services» (медичні послуги) іноді перекладалися однаково як «охорона здоров'я», що призводило до змішування понять [7].

Б. Тобес вважає, що найбільш вдалим є термін «право на здоров'я», оскільки він охоплює не лише медичну допомогу, а й інші умови, включно із соціально-економічними, без яких здоров'я не може бути забезпечене. Проте останні кілька десятиліть міжнародне і національне законодавства надають перевагу поняттю «право на охорону здоров'я». Це чітко простежується в текстах кількох ключових міжнародних угодах. Наприклад, у Конвенції про права дитини 1989 р., Європейській соціальній хартії 1996 р. та Хартії основних прав Європейського Союзу 2000 р. Крім цього, таке формулювання обрали автори багатьох національних конституцій, які ухвалювали у вісімдесятих і дев'яностих роках ХХ століття. У текстах, присвячених цій темі, ці поняття часто визнаються синонімічними, оскільки обидва передають одну й ту саму ідею. На практиці, на думку Назарко Ю.В., обидва терміни описують однакові правові явища, тому їх логічно розглядати як синоніми [8].

Попри поширеність ототожнення, доцільно проводити між цими категоріями теоретичне розмежування, застосовуючи підхід від загального до часткового. Право на здоров'я варто розглядати як найширшу категорію та фундаментальне природне право людини. Відповідно до Загального коментаря № 14 Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав, воно охоплює ширші соціально-економічні фактори: безпечне довкілля, належні умови праці, доступ до безпечної води та харчування. Тобто воно стосується блага здоров'я як цілісного соціального та особистісного явища у розумінні, закріпленому в преамбулі Статуту ВООЗ. Натомість право на охорону здоров'я має більш прикладний, юридично визначений характер і є відображенням позитивних зобов'язань держави. Воно охоплює систему правових, організаційних, економічних та санітарно-епідеміологічних заходів, які держава повинна запровадити для реалізації права людини на здоров'я. Саме у межах охорони здоров'я формуються міжнародні стандарти щодо діяльності медичних

установ, профілактики захворювань та контролю якості. Своєю чергою, термін «право на медичну допомогу» є найвужчим поняттям, оскільки його суть полягає у гарантії на отримання безпосередньої послуги у разі виникнення хвороби.

З огляду на широкий міждисциплінарний контекст, ефективна реалізація права на здоров'я потребує надійних правових інструментів. Міжнародні стандарти виступають саме такими інструментами. У науковій літературі стандарт трактується як зразок, еталон, модель, що береться за основу для порівняння з іншими об'єктами. Поняття «міжнародний стандарт» широко використовується в теорії міжнародного права. Залежно від контексту цей термін може тлумачитися від широких декларативних норм до вузькоспеціалізованих правил поведінки у технічних документах.

У працях С. Цебенко наголошено, що в міжнародних стандартах зазвичай фіксується певний «мінімальний стандарт», тобто не тільки перелік визнаних прав, а й необхідний обсяг їх реалізації [9]. Ідеться про мінімальний обсяг гарантій, який держава повинна забезпечити незалежно від рівня свого економічного розвитку. Такі стандарти не встановлюють однакової моделі системи охорони здоров'я для всіх країн, однак визначають базові вимоги, нижче яких державна політика не може опускатися. Вітчизняний науковець П. М. Рабінович визначає міжнародні стандарти прав людини як «закріплені в міжнародних актах і документах, текстуально уніфіковані та функціонально універсальні принципи й норми, які... фіксують мінімально необхідний або бажаний зміст і обсяг прав людини» [10]. Важливо розмежовувати стандарти та принципи міжнародного права. Принципи є універсальними засадами для всього міжнародного правопорядку, а стандарти базуються на цих принципах, деталізують їх стосовно конкретної галузі та встановлюють точні параметри регулювання. На думку І. І. Путраймса, міжнародні стандарти прав людини являють собою систему різних видів правових норм (матеріальних та процесуальних, регулятивних та охоронних), а також нормативних вимог, які мають неоднакову юридичну силу (загальнообов'язкові та рекомендаційні) [11]. Вони узагальнюють досвід регулювання суспільних відносин для забезпечення однакового розуміння та захисту прав людини.

Система міжнародних стандартів у сфері прав людини має комплексну структуру. На думку І. І. Путраймса, вона складається з норм, які встановлюють права особи, визначають обов'язки держави та закріплюють відповідальність за порушення прав. Кожна суверенна держава зобов'язана впорядковувати своє законодавство на основі цих стандартів. Їх впровадження є обов'язковою умовою для визнання правової системи демократичною.

З вищезазначеного можна зробити висновок, що міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я - сукупність закріплених у міжнародних актах уніфікованих принципів, норм та нормативних вимог, які визначають мінімально необхідний обсяг прав людини у сфері здоров'я, деталізують загальні принципи міжнародного права стосовно цієї галузі та слугують універсальним еталоном для формування державної політики, гармонізації національного законодавства та забезпечення однакового розуміння і захисту інтересів людини у глобальному вимірі.

Метою розробки таких стандартів є не тільки захист пацієнта, хоча саме ця функція є однією з центральних. Йдеться ще й про забезпечення належного рівня громадського здоров'я, підвищення якості життя населення, удосконалення функціонування системи охорони здоров'я та формування ефективної нормативної бази. Водночас стандарти охорони здоров'я мають більш прикладний характер і стосуються безпосередньої організації медичної допомоги, якості медичних послуг, діяльності медичних працівників і дотримання прав пацієнтів.

Міжнародні стандарти охорони здоров'я стосуються прав і обов'язків населення і медичних працівників, медичної інформації та звітності, управління й організації системи охорони здоров'я, кадрового забезпечення, медичної освіти, лікарських засобів, медичних послуг та інших пов'язаних елементів. Їх особливістю є не лише правова, а й практична спрямованість. Вони мають бути науково обґрунтованими, реальними, надійними, чіткими та актуальними. Наукова обґрунтованість означає відповідність сучасним медичним знанням. Реальність пов'язана з тим, що стандарт не може бути відірваним від матеріальних, кадрових і фінансових можливостей. Надійність передбачає узгодженість із принципами доказової медицини та позицією фахової спільноти. Чіткість вимагає зрозумілих

визначень, а актуальність, зазвичай, досягається періодичним переглядом вже встановлених правил і створенням механізмів їх виконання [8; 9; 12]. У працях дослідників ці риси подаються як спеціальні ознаки міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я. Якщо ж казати про загальні ознаки, характерні усім міжнародним стандартам, то це встановлення конкретних меж та змістовного наповнення прав людини, їхню загально визнаність, здатність еволюціонувати впродовж історії, а також концептуальну широту формулювань. Крім того, ці стандарти вирізняються обов'язковою юридичною силою, унікальною природою застосовуваних санкцій та гнучкістю, що допускає варіативність їх тлумачення.

Якщо звести зміст права на здоров'я до його структурних елементів перед нами постає досить широка система можливостей. До неї належать належний життєвий рівень, включно з їжею, одягом, житлом, медичним доглядом і необхідним соціальним обслуговуванням; заборона катувань, жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання, а також заборона залучати особу до медичних або наукових дослідів без її вільної згоди; заходи щодо зниження рівня мертвонароджуваності та дитячої смертності і забезпечення здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці; запобігання та лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб; надання медичної допомоги; консультативні й просвітницькі послуги; справедливі, сприятливі, безпечні та здорові умови праці; охорона материнства; захист дітей і молоді у сфері охорони здоров'я. Перелік демонструє, що право на здоров'я складається з комплексу взаємопов'язаних правомочностей.

У наукових аналізах ці можливості зазвичай поділяють за кількома критеріями. За значенням для носія права вони бувають основними і додатковими. Основні безпосередньо пов'язані з правом на здоров'я, наприклад життєвий рівень, необхідний для підтримання здоров'я, або запобігання та лікування хвороб. Додаткові опосередковано його забезпечують, наприклад заборона катувань чи медичних експериментів без згоди, а також право на безпечні умови праці.

За суб'єктним складом ці можливості поділяються на загальні, тобто спільні для всіх, і спеціальні, які стосуються окремих груп, зокрема дітей, матерів, осіб з

інвалідністю. Якщо дивитися ширше, можна говорити ще й про поділ на обов'язкові та рекомендаційні стандарти, на світові та регіональні, на стандарти, що формуються ООН, ВООЗ, Радою Європи або Європейським Союзом. Така класифікація дозволяє зробити висновок, що міжнародні стандарти охорони здоров'я різняться за юридичною силою, сферою дії та суб'єктами.

Стандарти формуються та функціонують у межах системи міжнародного захисту прав людини. Їх розроблення та тлумачення на універсальному рівні переважно здійснюється спеціалізованими інституціями - органами ООН (Комітетом з економічних, соціальних і культурних прав) та ВООЗ. У цій системі відбувається нормативне закріплення стандартів, моніторинг їх дотримання та формування рекомендацій для національних систем охорони здоров'я.

Отже, міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я слід розглядати як важливу складову системи міжнародного захисту прав людини, оскільки саме через них загальне право на здоров'я набуває реального змісту і перетворюється на конкретні обов'язки держави. Їх розвиток показує, що міжнародне право поступово відійшло від вузького розуміння медицини лише як засобу боротьби з хворобами і перейшло до моделі, у якій у центрі стоїть людина, її гідність та можливість отримати належні умови для збереження здоров'я. При цьому право на здоров'я має найбільш широкий характер, право на охорону здоров'я пов'язане з обов'язком держави створювати відповідну систему гарантій, а стандарти охорони здоров'я забезпечують практичне регулювання медичної допомоги, прав пацієнтів і діяльності медичних закладів. Саме тому міжнародні стандарти у цій сфері виступають правовою основою, яка визначає зміст державної політики та межі допустимої поведінки у сфері охорони здоров'я.

2. Джерела міжнародно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я

Основні міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я закріплені у документах кількох ключових інституцій - ООН, Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародній організації праці (МОП), а також у Європейському Союзі та Раді Європи. Цей масив документів можна поділити на кілька категорій залежно від їхнього призначення. Основу становить Міжнародний білль про права людини з переліком невіддільних прав особи. Наступну групу утворюють угоди про запобігання злочинам, які спричиняють масові порушення прав людини. Окреме місце займають конвенції для захисту вразливих категорій населення та документи для захисту індивіда від зловживань з боку посадових осіб. Крім того, юридичні обов'язки для країн часто зазначені у підсумкових документах різних міждержавних конференцій [8].

Право на охорону здоров'я юридично закріплене на трьох рівнях: універсальному, регіональному та спеціалізованому.

Акти універсального рівня зазвичай мають декларативний характер і діють скоріше як рекомендації. Ключовим документом універсального неконвенційного типу, що заклав базис для всього масиву сучасного законодавства про права людини, є Загальна декларація прав людини 1948 року. Багато її положень згодом стали основою міжнародних пактів, а окремі норми набули статусу звичаєвого міжнародного права. Відповідно, вони вважаються загальними й незаперечними для виконання. Відповідно до ч. 1 ст. 25 зазначеного документа кожна людина має бути забезпечена всім необхідним для підтримання власного здоров'я та добробуту своєї сім'ї, що охоплює потребу в їжі, житлі, одязі, а також медичному й соціальному обслуговуванні [13]. Крім цього, Декларація закріплює інші права, які безпосередньо стосуються здоров'я або створюють передумови для його здійснення. До таких норм належать стаття 3 про право на життя, стаття 5 щодо заборони катувань або жорстокого поводження та стаття 7 про заборону дискримінації. Стаття 12 Декларації встановлює заборону безпідставного втручання в особисте життя. Це має особливе значення для збереження лікарської таємниці у сучасній медичній практиці.

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966 р.) закріплює більш глибоке розуміння обов'язків держав у цій сфері. Стаття 12 цього Пакту проголошує, що держави-учасниці визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я [14]. Документ не просто декларує це право, а й містить чіткий перелік заходів для його повного здійснення. Згідно з пунктом 2 статті 12, ці кроки вимагають забезпечення скорочення смертності та дитячої смертності, а також сприяння здоровому розвитку дитини. Крім цього, держави зобов'язані покращувати гігієну зовнішнього середовища і гігієну праці. Пакт прямо вказує на необхідність запобігання епідемічним, ендемічним, професійним захворюванням, забезпечення їх лікування та боротьби з ними. Також вимагається створення умов, які б гарантували всім медичну допомогу і догляд у разі хвороби. Таким чином, Пакт розглядає досліджуване право через призму доступу до конкретних умов і медичних послуг. Важливою є стаття 2 Пакту, згідно з якою держави зобов'язуються гарантувати здійснення цих прав без будь-якої дискримінації щодо раси, статі, мови, релігії чи іншої обставини.

Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (1966 р.) не містить положень, які б безпосередньо регулювали право на охорону здоров'я. Незважаючи на це, він закріплює інші права та заборони, які опосередковують можливість повноцінної реалізації прав пацієнта: стаття 6 цього Пакту закріплює невід'ємне право на життя, а стаття 7 встановлює категоричну заборону катування, жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання. Це безпосередньо переформулюється із заборонаю проводити медичні чи наукові дослідження над людиною без її вільної згоди. Право осіб, позбавлених волі, на гуманне поводження і повагу до притаманної їм гідності впливає зі статті 10 Пакту. Дотичними до медичної практики є норми статті 17 про заборону безпідставного втручання в особисте і сімейне життя, а також статті 19 щодо свободи поглядів та їх вільного вираження. Окреме юридичне значення має стаття 26, яка гарантує рівність перед законом та забороняє дискримінацію, що унеможливорює відмову в лікуванні з будь-яких мотивів [15].

У преамбулі Статуту ВООЗ 1946 року також закріплені конкретні права у сфері охорони здоров'я. Згідно з нею, кожна людина має право на найвищий можливий рівень здоров'я незалежно від її расової чи релігійної приналежності та економічного стану. Документ вказує на право всіх народів на здоров'я і наголошує, що медичні досягнення будь-якої окремої держави мають працювати на користь усім іншим. Нерівність між країнами у боротьбі з заразними хворобами створює загальну небезпеку для світу. Також текст преамбули закріплює право дітей на здоровий розвиток. При цьому уряди країн несуть пряму відповідальність за здоров'я своїх громадян, і тому повинні впроваджувати потрібні соціальні та санітарні заходи. Відповідно, цей Статут закріпив перші чіткі стандарти, за якими держави почали координувати свої дії та регулювати охорону здоров'я на міжнародному рівні.

Спеціалізованим джерелом, яке протидіє расовій сегрегації в доступі до соціальних благ, є Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (1965 р.). Її положення деталізують загальний принцип рівності для конкретних сфер суспільного життя. Згідно зі статтею 5 цієї Конвенції, держави-учасниці беруть на себе зобов'язання заборонити і ліквідувати расову дискримінацію в усіх її формах. Підпункт «iv» пункту «e» цієї статті прямо вказує на гарантування рівного права на охорону здоров'я, медичну допомогу, соціальне забезпечення і соціальне обслуговування [16]. Міжнародне право таким чином зобов'язує усувати будь-які расові бар'єри при наданні медичних послуг.

Окрема група міжнародних договорів спрямована на захист прав специфічних категорій осіб, зокрема жінок, і в них право на охорону здоров'я закріплено поряд з іншими соціальними гарантіями. У цьому контексті слід виділити Конвенцію ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1979 р.). Стаття 11 цього документа зобов'язує держави вживати заходів для забезпечення жінкам права на охорону здоров'я та безпечні умови праці, включаючи захист репродуктивної функції. Основне нормативне навантаження несе стаття 12 - вона вимагає ліквідації дискримінації з метою забезпечення на основі рівності чоловіків і жінок доступу до медичного обслуговування, зокрема в питаннях планування розміру сім'ї. Окремо ця норма зобов'язує надавати жінкам відповідне обслуговування в період вагітності,

пологів і післяпологовий період. У разі потреби ці послуги, а також харчування в період вагітності та годування, мають надаватися безкоштовно [17].

Права неповнолітніх пацієнтів становлять самостійний інститут міжнародно-правового регулювання, центральним джерелом якого є Конвенція ООН про права дитини (1989 р.). Стаття 24 цього акта визначає право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб [18]. Держави повинні докладати зусиль, щоб жодна дитина не була позбавлена права на доступ до таких медичних послуг.

Документ містить конкретний перелік кроків для повної реалізації цього права. Серед них фігурує зниження рівня смертності немовлят, забезпечення необхідної медичної допомоги всім дітям з акцентом на первинну медичну допомогу. Вимагається боротися з хворобами і недоїданням за допомогою використання безпечних технологій, надання достатньої кількості поживного продовольства та чистої питної води. Крім цього, держави-учасниці зобов'язані вживати ефективних заходів для скасування традиційної практики, що шкодить здоров'ю дітей, та розвивати міжнародне співробітництво у цій галузі.

Широкий спектр гарантій у медичній сфері встановлює Конвенція про права осіб з інвалідністю 2006 року. Цей договір захищає права осіб зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями. Відповідно до статті 25 Конвенції, держави-учасниці визнають за особами з інвалідністю право на найвищий досяжний рівень здоров'я без дискримінації за відповідною ознакою. Вони повинні забезпечувати їм такий самий набір і якість безплатних або недорогих послуг з охорони здоров'я, що й іншим особам. Також Конвенція вимагає надавати специфічні послуги, необхідні безпосередньо з причини інвалідності. Це стосується ранньої діагностики та втручання для зведення до мінімуму та запобігання подальшому виникненню порушень. Держави мають організовувати надання медичної допомоги якомога ближче до місць безпосереднього проживання таких пацієнтів [19]. Важливо, що стаття 25 вимагає від спеціалістів охорони здоров'я надавати послуги на підставі вільної та поінформованої згоди пацієнта через підвищення обізнаності стосовно прав людини. Окрім прямого регулювання доступу

до медицини, документ охоплює й суміжні питання - стаття 5 гарантує загальну рівність, стаття 15 забороняє катування і жорстокі види поводження, стаття 16 захищає від наруги, стаття 17 гарантує особисту цілісність, а стаття 26 регламентує процес реабілітації. Документ суворо забороняє дискримінаційну відмову в лікуванні, послугах чи медичному страхуванні.

Хоча частина цих універсальних актів є деклараціями, вони вимагають від країн цілком конкретних дій. Держави зобов'язуються розробляти нові закони та вживати адміністративних заходів для реалізації цих прав на практиці. Затвердження згаданих документів зобов'язує країну гарантувати своїм громадянам мінімальний обсяг соціальних та економічних прав. Це правило діє для всіх держав і не залежить від їхнього поточного рівня економічного розвитку. Тому універсальний рівень закріплює офіційне визнання цього права у світі та прямо зобов'язує держави реалізовувати механізми для його захисту.

Як слушно зазначає у своїй статті Н. Шелевер, еволюційний характер розвитку міжнародних стандартів охорони здоров'я полягає у поступовому переході від загальних декларативних принципів минулого століття до деталізованих норм сучасності. Цей процес відображає зміну моделі правового регулювання зі спрямованості на саму державу до пацієнторієнтованого підходу. Регіональні міжнародні угоди зазвичай характеризуються значно глибшим нормативно-правовим регулюванням відносин у сфері охорони здоров'я [20]. Вони є обов'язковими для держав, які входять до певної регіональної організації. Оскільки такі документи враховують місцеві традиції та економічний рівень групи країн, вони зазвичай більш конкретні та детальні порівняно з універсальними нормами. Вони також мають власні механізми контролю та впровадження. Показовими прикладами регіонального рівня є документи Ради Європи, зокрема Європейська соціальна хартія, та відповідні акти Європейського Союзу.

Стаття 11 Європейської соціальної хартії (1996 р.) від Ради Європи зобов'язує держави-учасниці усувати фактори, що погіршують здоров'я населення. Вони також мають надавати консультаційні послуги та запобігати поширенню епідемічних хвороб. Своєю чергою стаття 13 цього документа вимагає гарантувати належну

соціальну та медичну допомогу тим особам, які не мають достатніх засобів для існування. Іншим вагомим джерелом є прийнята у 1997 році Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини, яка встановила низку ключових прав пацієнтів у контексті застосування новітніх біомедичних технологій. А ухвалення у 2002 році Європейської хартії прав пацієнтів визначило детальний перелік прав особи, таких як право на згоду, вільний вибір методів лікування, конфіденційність, безпеку та уникнення болю.

Третій рівень формують спеціалізовані стандарти, які ухвалюють профільні міжнародні установи. До цієї групи належать конвенції та рекомендації МОП, а також інших організацій. Вони охоплюють вузькі та конкретні питання. До основних питань, які визначаються у конвенціях МОП, належить медичне обслуговування працівників, компенсації через хворобу, а також захист праці матерів, неповнолітніх та осіб з інвалідністю. Головна мета цих документів полягає у поділі працівників на категорії та створенні безпечних стандартів праці, які не будуть шкодити здоров'ю людей. Наприклад, положення ч. 1 ст. 2 Рамкової конвенції МОП про основи, що сприяють безпеці та гігієні праці 2006 р. закріплюють обов'язок держав безперервно покращувати санітарні норми та загальну безпеку на робочих місцях [21]. Це потрібно для того, щоб попередити професійні захворювання, виробничі травми і смертельні випадки. Щоб виконати цю вимогу, уряди країн повинні створювати відповідні національні політики, системи та програми.

Поряд із міжнародними договорами існують акти неконвенційного типу. Вони розроблені авторитетними міжнародними неурядовими об'єднаннями, тому, хоч і не мають прямої юридичної сили закону для держав, відіграють надзвичайно важливу морально-етичну та орієнтирну роль у світовій медичній практиці.

Лісабонська декларація про права пацієнта (прийнята 34-ою Всесвітньою медичною асоціацією у 1981 році) розширює межі правової автономії хворого. Вона встановлює базовий принцип абсолютної пріоритетності інтересів хворого. Навіть за умов виникнення організаційних, етичних чи суто правових колізій медичний працівник зобов'язаний керуватися власною совістю та діяти виключно на благо особи. Цей міжнародний акт не просто фіксує перелік гарантій, а й покладає на

лікарів проактивну роль у їх захисті. Правовий статус пацієнта у цьому документі розкривається через низку конкретних правомочностей, що формують його автономію. Насамперед людина отримує можливість самостійно та вільно обирати лікуючого фахівця. Зі свого боку лікар повинен мати повну професійну незалежність. Жодні зовнішні фактори чи адміністративний тиск не можуть впливати на його клінічні судження або етичні висновки. Ключовим елементом правоздатності пацієнта виступає усвідомлене прийняття рішень. Особа має законну можливість як погодитися на запропонований план медичного втручання, так і відмовитися від нього, попередньо отримавши вичерпну та адекватну інформацію. Окремим блоком Декларація захищає сферу приватного життя, вимагаючи суворої поваги до конфіденційності будь-яких медичних чи особистих даних. Крім того, нормативне регулювання охоплює чутливі аспекти людського буття, які виходять за межі суто фізіологічного лікування. Зокрема, документ визнає право пацієнта на гідне завершення життя [22].

Декларація про медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта (2006), була розроблена Міжнародним альянсом організацій пацієнтів для посилення впливу громадськості на формування медичної політики. Вона ґрунтується на п'яти основних засадах: повазі до прав, потреб і цінностей пацієнта, його самостійності та гідності; виборі й розширенні можливостей, що передбачає участь пацієнтів у прийнятті рішень щодо лікування; залученні пацієнтів до вироблення політики у сфері охорони здоров'я на всіх рівнях; доступності та належній підтримці, коли медична допомога має бути безпечною, якісною і доступною для всіх незалежно від соціального становища; а також інформуванні, яке повинно забезпечувати пацієнтів своєчасними, достовірними й зрозумілими відомостями для ухвалення усвідомлених рішень щодо лікування [23].

Наведений аналіз джерел дає змогу визначити, що складові змісту права на охорону здоров'я, зазначені у попередньому пункті, знайшли своє нормативне відображення у низці міжнародно-правових джерел. Зокрема, право на належний життєвий рівень, необхідний для підтримання здоров'я закріплене у ст. 25 Загальної декларації прав людини, п. 1 ст. 11 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і

культурні права, а також п. «с» ст. 24 Конвенції про права дитини. Захист від проведення медичних чи наукових дослідів без вільної згоди особи, як невід'ємна складова заборони катувань та жорстокого, нелюдського поводження, регламентується ст. 7 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, ст. 5 Загальної декларації прав людини та ст. 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод. Забезпечення здорового розвитку дитини, а також зниження рівня дитячої смертності та мертвонароджуваності гарантується п. «а» ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права та п. «а» ст. 24 Конвенції про права дитини. Вимоги щодо покращення гігієни праці та стану навколишнього середовища передбачені п. «б» ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права і п. «е» ст. 24 Конвенції про права дитини. Заходи із запобігання, лікування та боротьби з епідемічними, ендемічними, професійними та іншими захворюваннями відображені у п. «с» ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, а також у п. 1, 3 ст. 11 Європейської соціальної хартії. Право на отримання належної медичної допомоги утверджується у п. «д» ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, ч. 1 ст. 24 Конвенції про права дитини та ст. 13 Європейської соціальної хартії. Доступ до консультативних і просвітницьких послуг у сфері охорони здоров'я закріплено п. «і» ст. 24 Конвенції про права дитини та п. 2 ст. 11 Європейської соціальної хартії. Гарантії створення справедливих, безпечних та здорових умов праці встановлені ст. 23 Загальної декларації прав людини, ст. 7 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права та статтями 2 і 3 Європейської соціальної хартії. Охорона материнства врегульована п. 2 ст. 10 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, п. «д» ст. 24 Конвенції про права дитини, а також статтями 8 і 17 Європейської соціальної хартії. Захист прав дітей і молоді у сфері охорони здоров'я консолідовано у п. 3 ст. 10 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, ст. 24 Конвенції про права дитини та статтях 7 і 17 Європейської соціальної хартії.

Отже, аналіз джерел міжнародно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я дає підстави стверджувати, що ця сфера характеризується багаторівневою

системою норм. Вона охоплює універсальні, регіональні та спеціалізовані акти, а також документи конвенційного і неконвенційного характеру, які у сукупності формують цілісний нормативний масив.

Визначальну роль у становленні правових засад відіграли універсальні акти у сфері прав людини, які закріплюють базові гарантії, пов'язані зі здоров'ям. При цьому право на охорону здоров'я розкривається не лише як самостійне право, але і як похідне від інших фундаментальних прав, зокрема права на життя, гідність, недискримінацію та повагу до приватного життя. Це свідчить про його комплексний і міжгалузевий характер. Особливого значення набувають регіональні міжнародні договори, що конкретизують зміст і обсяг обов'язків держав у цій сфері. Вони передбачають чіткі юридичні зобов'язання щодо забезпечення доступності медичної допомоги, профілактики захворювань, охорони материнства і дитинства, а також захисту вразливих груп населення. Окрему роль відіграють спеціалізовані конвенції, спрямовані на захист прав окремих категорій осіб, таких як жінки, діти та особи з інвалідністю. Вони поглиблюють загальні стандарти, адаптуючи їх до специфічних потреб цих груп, і тим самим сприяють забезпеченню рівності у доступі до медичних послуг. Водночас важливим елементом системи джерел є акти «м'якого права» від неурядових організацій, які, попри відсутність юридично обов'язкової сили, мають суттєвий вплив на формування сучасних підходів у сфері медичного права. Саме вони закріплюють пацієнтоорієнтовану модель охорони здоров'я, акцентуючи увагу на автономії особи, її праві на інформовану згоду, конфіденційність та гідне ставлення.

Загалом розвиток міжнародно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я демонструє чітку тенденцію до гуманізації та індивідуалізації. Відбувається поступове зміщення акценту з інтересів держави на права та потреби пацієнта, що відповідає сучасним уявленням про пріоритет прав людини у міжнародному праві.

Висновки до 1 розділу

У результаті дослідження встановлено, що міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я формуються в межах системи міжнародного захисту прав людини, еволюціонувавши від пріоритету колективної санітарної безпеки до утвердження індивідуального права людини на найвищий досяжний рівень здоров'я. Обґрунтовано, що право на здоров'я має міждисциплінарний характер і базується на дуалістичній концепції, яка поєднує в собі негативні свободи (право контролювати своє тіло, свобода від безпідставного втручання) та позитивні права на отримання (доступ до якісних медичних послуг без дискримінації). Наукова новизна результату полягає у розмежуванні суміжних понять («право на здоров'я», «право на охорону здоров'я», «право на медичну допомогу») та формулюванні поняття міжнародних стандартів охорони здоров'я. Практична цінність результату полягає у можливості застосування визначених критеріїв стандартів (наукової обґрунтованості, реальності, надійності, чіткості) для оцінки якості державної політики у медичній сфері та приведення діяльності національної системи у відповідність до правозахисної моделі поваги до людської гідності.

Аналіз джерел міжнародно-правового регулювання дозволив встановити, що правове забезпечення охорони здоров'я має багаторівневий характер і включає універсальні, регіональні та спеціалізовані акти. Встановлено, що розвиток цієї системи відбувається у напрямі конкретизації обов'язків держав та посилення пацієнтоорієнтованого підходу. Наукова новизна полягає у систематизації міжнародних актів за їхньою спрямованістю (захист вразливих груп, протидія дискримінації, безпека праці) та нормативному відображенні структурних елементів права на здоров'я у визначених джерелах. Практична цінність результату полягає у можливості використання цієї класифікації для вдосконалення національного законодавства, його гармонізації з міжнародними стандартами та підвищення ефективності правозастосування у сфері медичного права.

РОЗДІЛ 2

Діяльність міжнародних інституцій у формуванні стандартів охорони здоров'я

1. Роль Всесвітньої організації охорони здоров'я у розробці міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я

Досліджуючи роль міжнародних інституцій у формуванні стандартів охорони здоров'я, насамперед варто детальніше проаналізувати діяльність ВООЗ, адже ця організація є основною у цій сфері й фактично задає напрям для подальшого розвитку міжнародних медичних стандартів. Всесвітня організація охорони здоров'я виступає провідною спеціалізованою установою Організації Об'єднаних Націй у сфері медицини. Її установчий акт був прийнятий під час Міжнародної конференції з охорони здоров'я, що відбулася в Нью-Йорку з 19 червня по 22 липня 1946 року, і його підписали представники 61 держави. Офіційно документ набув чинності 7 квітня 1948 року. Саме цю дату вважають днем заснування організації, щороку її відзначають як Всесвітній день здоров'я [24].

Головна мета ВООЗ закріплена у 1 статті її Статуту (Конституції), і полягає у досягненні всіма народами найвищого можливого рівня здоров'я [25]. Для реалізації цієї мети установа діє як керівний та координаційний центр міжнародної медицини і підтримує зв'язки з ООН та урядами держав. ВООЗ безпосередньо надає технічну підтримку країнам для зміцнення їхніх медичних служб та організовує допомогу під час надзвичайних ситуацій. Організація веде системну роботу з ліквідації епідемічних захворювань, збираючи епідеміологічні дані та ініціюючи профільні наукові дослідження. Практичним завданням також є стандартизація діагностичних процедур і встановлення міжнародних вимог до харчових та фармацевтичних продуктів. Окрім суто медичних питань установа сприяє вирішенню соціальних проблем, покращуючи умови праці, загальну санітарію та охорону материнства.

У преамбулі Статуту здоров'я визначається як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад. Підкреслюється, що це право належить кожній людині незалежно від раси, релігії, політичних переконань чи соціально-економічного становища. Окремо

зазначається, що здоров'я населення є важливою передумовою забезпечення миру і безпеки, що вимагає тісної співпраці між державами та на рівні суспільства. Статут також закріплює відповідальність урядів за стан здоров'я своїх громадян, що передбачає здійснення належних медичних і соціальних заходів.

З моменту свого створення ВООЗ реалізовує свій міжнародний мандат через формування глобального права охорони здоров'я, використовуючи надані їй нормотворчі повноваження. Юридична основа цієї діяльності закладена у статтях 19, 21 та 23 Статуту. Ці статті розмежовують нормативні акти за рівнем їх юридичної обов'язковості та процедурою прийняття. Стаття 19 надає Всесвітній асамблеї охорони здоров'я повноваження приймати конвенції або угоди з будь-якого питання у межах компетенції організації. Для ухвалення таких актів необхідна більшість у дві третини голосів Асамблеї. Ці документи є юридично обов'язковими міжнародними договорами для держав після їх ратифікації. Водночас, попри ці широкі повноваження, за понад 75 років діяльності було ухвалено лише два обов'язкових договори.

Першим документом стала Рамкова конвенція із боротьби проти тютюну. Вона була розроблена як правова відповідь на глобальну епідемію хвороб, пов'язаних з курінням. Документ був ухвалений 21 травня 2003 року і офіційно набрав чинності 27 лютого 2005 року. Цю конвенцію ратифікували 180 країн. Документ вимагає від держав впровадження жорстких заходів для зменшення попиту та пропозиції на тютюн. Стаття 6 зобов'язує уряди застосовувати цінові та податкові механізми, а стаття 8 вимагає захищати людей від впливу тютюнового диму в громадських місцях. Особливо суворо прописані вимоги до маркування у статті 11. Згідно з нею, упаковки повинні містити графічні попередження про шкоду куріння, які займають не менше половини площі пачки сигарет [26]. Також стаття 13 забороняє рекламу, стимулювання продажу та спонсорство тютюнових виробів. Конвенція встановлює чіткі обов'язки для національного законодавства і є зразком дієвого інструменту «жорсткого» міжнародного права.

Другим міжнародним договором за статтею 19 стала Угода про пандемію. Пандемія виявила серйозні недоліки у глобальному управлінні та відсутність рівного

доступу до медичних технологій. У грудні 2021 року держави домовилися розпочати процес розробки нового юридичного інструменту. Для цієї мети було створено спеціальний Міжурядовий переговорний орган. Робота тривала понад три роки і включала 13 формальних раундів переговорів. Експерти довго дискутували щодо юридичної форми документа, але врешті Асамблея ухвалила рішення використовувати статтю 19 для забезпечення обов'язкової юридичної сили. Переговори супроводжувалися складними дебатами щодо державного суверенітету та зобов'язань розвинених країн ділитися вакцинами з державами, що розвиваються. Текст був остаточно узгоджений після сесії у квітні 2025 року та переданий на затвердження вищому органу організації.

Історичне ухвалення Угоди про пандемію відбулося 20 травня 2025 року під час 78-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. Рішення було закріплене резолюцією WHA78.1. Документ підтримали 124 уряди. Угода складається з 35 статей і спрямована на забезпечення справедливого доступу до вакцин, засобів діагностики та лікування. Текст юридично закріплює підхід до "Єдиного здоров'я", який враховує нерозривний зв'язок між здоров'ям людей, тварин та екосистем. Документ також передбачає створення спеціального фінансового механізму та глобальної логістичної мережі для підтримки систем охорони здоров'я. Згідно зі статтею 31 угоди, документ відкриють для підписання тільки після ухвалення Додатка щодо системи доступу до патогенів та спільного використання вигод [27]. Розробку цього додатка доручили новій Міжурядовій робочій групі, а результати роботи групи будуть розглянуті на 79-й сесії Асамблеї, яка відбудеться у травні 2026 року. Для набуття чинності Угода потребує ратифікації 60 країнами.

Стаття 21 Статуту визначає повноваження Асамблеї приймати регламенти. Сфера дії регламентів чітко обмежена питаннями санітарних та карантинних вимог, номенклатури хвороб, стандартів діагностичних процедур та безпеки фармацевтичних продуктів. Згідно зі статтею 22 прийняті регламенти набувають обов'язкової сили для всіх держав-членів після повідомлення про їх прийняття, якщо держава прямо не заявить про відмову або застереження. Найважливішим документом у цій категорії є Міжнародні медико-санітарні правила. Історія

створення цих правил бере початок з перших санітарних конференцій у Парижі в 1851 році. Чинна редакція правил була ухвалена у 2005 році резолюцією WHA58.3. Вони є юридично обов'язковими для 196 держав. Правила встановлюють чіткий алгоритм дій для запобігання міжнародному поширенню інфекцій, вимагають від країн створення базового потенціалу для нагляду та реагування у пунктах пропуску через державний кордон. Уряди зобов'язані призначити Національні координаційні центри для цілодобового зв'язку з організацією. Країни повинні повідомляти про всі загрози, що можуть мати міжнародні наслідки. Правила дозволяють Генеральному директору оголошувати надзвичайну ситуацію в галузі охорони здоров'я міжнародного значення та видавати країнам тимчасові рекомендації для стримування хвороб.

Ще одним вагомим регламентом, прийнятим на підставі статті 21, є Міжнародна класифікація хвороб. Перша версія під егідою організації була прийнята у липні 1948 року як Регламент № 1 щодо номенклатури хвороб та причин смерті [28]. Цей документ формує єдиний стандарт для клінічних записів та епідеміологічних спостережень у всьому світі. Зараз застосовується Одинадцятий перегляд цієї класифікації, який запровадив значні концептуальні оновлення. Інсульт був перенесений до групи хвороб мозку з категорії захворювань системи кровообігу, також були створені спеціальні коди для точного визначення стійкості мікроорганізмів до антибіотиків [29]. З'явилися нові розділи, присвячені альтернативній медицині та сексуальному здоров'ю. П. В. Іванчов зазначає, що використання міжнародної класифікації хвороб є одним з першочергових практичних орієнтирів для трансформації медичної системи та забезпечення її ефективності на національному рівні [30].

Поряд із інструментами «жорсткого права», ВООЗ активно застосовує засоби «м'якого права». Стаття 23 надає Всесвітній асамблеї охорони здоров'я право ухвалювати рекомендації, які хоча й не мають юридично обов'язкової сили, формують значну частину міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я. До таких інструментів належать також резолюції, настанови, глобальні стратегії, плани дій, кодекси практики та декларації. Вони відіграють важливу роль у розвитку

глобального управління охороною здоров'я, оскільки дозволяють оперативно реагувати на актуальні виклики, забезпечувати технічне керівництво, гармонізувати національні політики та формувати міжнародні стандарти поведінки держав і недержавних акторів.

Найбільший обсяг нормативної роботи організації реалізується саме у формі рекомендацій відповідно до статті 23 Статуту. Такий підхід дає змогу уникнути складних політичних узгоджень і тривалих процедур ратифікації в парламентах держав. Водночас, щоб забезпечити наукову обґрунтованість кожної рекомендації, організація запровадила чітко врегульований порядок їх підготовки. Цей процес координує Комітет з огляду настанов, основне завдання якого полягає у використанні найкращих доступних доказів для формування стандартів, що відповідають міжнародній практиці. Комітет функціонує в межах департаменту забезпечення якості норм та стандартів.

Порядок розробки клінічних і політичних настанов ВООЗ детально визначений. Усі офіційні вимоги з цього приводу викладені в Керівництві з розробки настанов. Його друге видання було опубліковане у грудні 2014 року, а сам документ обсягом 180 сторінок послідовно описує кожен етап підготовки стандарту. Робота починається зі створення групи розробників, до складу якої обов'язково залучають фахівців із відповідної тематики, методологів, представників пацієнтів і осіб, які приймають політичні рішення. Окремо приділяється увага гендерному та географічному балансу в таких групах. Важливою складовою є також контроль конфлікту інтересів. Усі учасники мають заздалегідь публічно задекларувати свої фінансові зв'язки, щоб мінімізувати ризик впливу зацікавлених корпорацій на зміст документа. Далі експерти формулюють дослідницькі питання за моделлю PICO, яка передбачає визначення популяції, втручання, групи порівняння та очікуваних результатів [31]. Після цього зібрані дані оцінюють за системою GRADE, що дозволяє визначити рівень довіри до наукових доказів. Лише після такої оцінки формулюється остаточна рекомендація. Усі затвержені стандарти розміщуються в базі даних BIGG-REC, де медичні працівники можуть зручно знаходити потрібну інформацію.

Такий складний методологічний підхід застосовується до величезної кількості медичних тем. Наприклад, у листопаді 2025 року було опубліковано настанову з профілактики, діагностики та лікування безпліддя [32]. Цей документ спрямований на зменшення глобальної нерівності у доступі до репродуктивної допомоги. У грудні 2025 року вийшли оновлені стандарти лікування прогресуючої ВІЛ-інфекції. Вони пропонують новий пакет послуг для пацієнтів та мають на меті покращити медичні результати після виписки з лікарні. У січні 2026 року організація випустила рекомендації щодо політики створення здорового харчового середовища у школах [33]. Вони розроблені для захисту дітей від їжі з високим вмістом цукру та насичених жирів. Кожен із цих документів успішно пройшов експертизу Комітету з огляду настанов. Ці стандарти не лише пропонують клінічні поради, але й містять конкретні рекомендації щодо їх впровадження на рівні національних міністерств.

Окрім клінічних протоколів, стаття 23 Статуту є основою для ухвалення глобальних етичних кодексів. Історично важливим прикладом є резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я «Міжнародне зведення правил про збут заміників грудного молока» [34]. У сімдесятих роках агресивний маркетинг виробників дитячих сумішей призвів до зростання дитячої смертності у країнах, що розвиваються. Багато матерів відмовлялися від грудного вигодовування на користь дорогих сумішей, які часто розводили забрудненою водою. Для подолання цієї проблеми у травні 1981 року Асамблея ухвалила відповідний звіт правил резолюцією WHA34.22. Рішення підтримали 118 держав. Звіт правил категорично забороняє рекламувати заміники грудного молока для широкої громадськості. Компаніям заборонено роздавати безкоштовні зразки матерям та дарувати брендovanі сувеніри медичним працівникам. Будь-яка інформація від виробників має бути виключно науковою та фактологічною. Цей документ довів, що міжнародна організація здатна створювати стандарти, які обмежують комерційні інтереси великих корпорацій заради захисту громадського здоров'я.

Подібний підхід застосували і в 2010 році, коли було ухвалено Глобальний кодекс практики щодо міжнародного найму медичних працівників [35]. Цей документ не має обов'язкової сили і тримається передусім на політичному авторитеті

організації. Його поява була зумовлена загостренням проблеми міграції лікарів. Розвинені держави активно залучали медиків із менш заможних країн, що ще більше послаблювало їхні системи охорони здоров'я, які й без того страждали від браку кадрів. Кодекс окреслює основні принципи етичного рекрутингу і звертається до урядів із закликом утримуватися від цілеспрямованого залучення фахівців із найбільш уразливих країн. Водночас він підкреслює необхідність самостійної підготовки достатньої кількості медичних працівників, а не залежності від іноземних кадрів. Для відстеження виконання цих рекомендацій на національному рівні була запроваджена система регулярного звітування.

Важливим напрямом нормотворчої діяльності є також підготовка технічних специфікацій для фармацевтичної та біологічної продукції. Такі стандарти розробляються спеціалізованими комітетами, тому їх ухвалення не потребує складних і тривалих політичних процедур на рівні Асамблеї. Провідну роль у цій сфері відіграє Експертний комітет зі специфікацій для фармацевтичних препаратів, який виконує функції найвищого дорадчого органу [36]. Його діяльність спрямована на забезпечення належної якості та безпеки лікарських засобів на міжнародному рівні. Ключовим результатом роботи комітету є «Міжнародна фармакопея». Її витоки сягають 1874 року, тоді як сучасного офіційного статусу вона набула у 1948 році після ухвалення відповідної резолюції WHA1.27. У фармакопеї зібрано детальні методики аналізу та технічні вимоги, що застосовуються для контролю якості фармацевтичних речовин [37]. Особлива увага приділяється препаратам, включеним до Примірного переліку основних лікарських засобів. Підготовка нових монографій відбувається у тісній взаємодії з національними лабораторіями та виробниками. Такий підхід дає змогу країнам, які не мають власних фармакопей, користуватися перевіреними міжнародними стандартами та ефективніше захищати пацієнтів від неякісної або підробленої продукції.

Схожу роль у сфері біологічних препаратів виконує Експертний комітет з біологічної стандартизації ВООЗ. Він діє ще з 1947 року і щороку проводить свої засідання, звітуючи безпосередньо Виконавчій раді ВООЗ. До складу комітету входять науковці з національних регуляторних органів, університетів, дослідницьких

установ і органів громадського здоров'я [38]. Саме цей орган розробляє детальні рекомендації та стандарти щодо виробництва, ліцензування і контролю препаратів крові, вакцин, біотехнологічних продуктів, а також встановлює біологічні еталонні матеріали ВООЗ. Такі еталони використовуються лабораторіями в різних країнах для перевірки якості продукції та калібрування досліджень. Усі рішення і рекомендації комітету ґрунтуються виключно на наукових підходах і міркуваннях, пов'язаних із захистом громадського здоров'я. Його діяльність сприяє більш швидкій реєстрації нових препаратів і допомагає знижувати вартість життєво необхідних ліків у світі.

Варто відзначити, що окрім безпосередньої розробки юридичних і медичних стандартів, організація виконує низку інших важливих функцій. Вона надає пряму технічну допомогу державам у розбудові їхніх систем охорони здоров'я та підготовці медичних кадрів. Вагомою частиною роботи є проведення постійного моніторингу та оцінка глобальних тенденцій поширення захворювань. Крім цього, ВООЗ бере на себе координацію зусиль різних країн під час надзвичайних ситуацій та спалахів інфекцій.

Діяльність ВООЗ та її нормотворча роль є предметом активного дослідження і в українській науковій літературі. Як зазначає Т. В. Гольденберг, правовий статус ВООЗ свідчить про її реальний вплив на держави у питаннях забезпечення єдиних стандартів у глобальній системі охорони здоров'я [39]. На її думку, через встановлення норм і стандартів, надання технічної допомоги державам, а також моніторинг і оцінку тенденцій у цій сфері організація виконує одну зі своїх ключових функцій. Глобалізація авіаційного сполучення та збільшення міграційних потоків роблять національні санітарні бар'єри менш ефективними, тому нормотворча роль організації стає життєво необхідною для подолання спільних загроз.

Дослідники пропонують кілька кроків для подальшого зміцнення нормотворчої ролі Всесвітньої організації охорони здоров'я у майбутньому. Вони виділяють п'ять головних пропозицій для реформування. До них відносять розробку нових нормативних інструментів, врахування питань справедливості та прав людини, забезпечення сталого фінансування, імплементацію концепції «Єдине здоров'я» та вдосконалення внутрішнього управління самою організацією. Реформи потребують

активізації застосування жорсткого права у глобальній політиці. При цьому наголошується, що необхідно активніше використовувати механізми «жорсткого права» у глобальній політиці. ВООЗ має зберігати провідні позиції серед інших міжнародних акторів, адже саме це дає змогу повноцінно реалізовувати її мандат.

Отже, Всесвітня організація охорони здоров'я сформувала багаторівневу систему міжнародних стандартів, спираючись на свої статутні повноваження. Організація в своїй діяльності поєднує інструменти жорсткого та м'якого права. Для вирішення критичних глобальних проблем, таких як тютюнова епідемія або загроза нових пандемій, застосовуються обов'язкові міжнародні договори та регламенти. Разом з тим, для регулювання щоденної клінічної практики, етичного маркетингу та якості лікарських засобів використовується величезний масив рекомендацій та технічних специфікацій. Методологія розробки, зокрема застосування системи оцінки доказів GRADE та залучення авторитетних експертних комітетів, гарантує високу наукову якість цих документів. Нормотворча діяльність організації формує єдиний глобальний медичний простір, що допомагає державам ефективно захищати право кожної людини на найвищий досяжний рівень здоров'я.

2. Роль Ради Європи та Європейського Союзу у розвитку регіональних стандартів охорони здоров'я

Як слушно зазначає вітчизняна дослідниця медичного права І. Я. Сенюта у своїх роботах, міжнародні та регіональні стандарти у сфері охорони здоров'я і прав людини відіграють надзвичайно важливу роль у формуванні сучасного медичного законодавства [40]. ВООЗ розробляє глобальні правила та рекомендації для медичних систем усього світу. Регіональні організації беруть ці загальні орієнтири за основу та адаптують їх для конкретної групи держав.

Формування регіональних стандартів у сфері охорони здоров'я в Європі відбувається під суттєвим впливом діяльності Ради Європи та Європейського Союзу. У межах цих організацій поступово сформувалася цілісна система правових і квазіправових інструментів, спрямованих на конкретизацію змісту права на охорону здоров'я, а також на забезпечення належного рівня захисту прав пацієнтів [41]. Вони мають різні правові механізми та компетенції. Рада Європи традиційно фокусується на захисті прав людини та встановленні біоетичних меж для медицини, у той час як Європейський Союз історично регулює економічні аспекти функціонування внутрішнього ринку та здійснює координацію публічних політик. Характерною рисою європейського підходу є інтеграція медико-правових стандартів у загальну систему захисту прав людини, що зумовлює розгляд охорони здоров'я як невід'ємного елемента забезпечення людської гідності.

Серед найважливіших документів Ради Європи особливе місце займає Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини, або ж Конвенція про права людини та біомедицину 1997 року (Ов'єдська конвенція). Її значення полягає в тому, що вона вперше на регіональному рівні закріпила базові принципи біоетики та прав пацієнта. У преамбулі документа наголошується на необхідності поважати людину як окрему особистість і як частину людської спільноти, а також визнається ключова роль людської гідності. Саме цей підхід став підґрунтям для подальшого розвитку європейських медико-правових стандартів.

Конвенція має обов'язковий характер для держав, які її ратифікували, а її положення формують загальні правила у відносинах між пацієнтом, медичним працівником і державою. Серед основних принципів, які мають особливе значення для захисту прав пацієнта, варто виділити такі:

- рівний доступ до медичної допомоги;
- добровільну та інформовану згоду на будь-яке медичне втручання;
- право на повагу до приватного життя;
- право на отримання інформації про стан здоров'я та медичні процедури

[42].

До цієї конвенції також розроблено додаткові протоколи про заборону клонування, про трансплантацію органів і тканин, про біомедичні дослідження. Підсумовуючи, зазначений акт формує правову модель, у межах якої пацієнт визнається активним суб'єктом правовідносин, наділеним комплексом самостійних прав, що підлягають ефективному захисту.

Не менш важливою для захисту прав у сфері охорони здоров'я є Європейська конвенція про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року. Це базовий регіональний акт у сфері прав людини, який ратифікували всі держави-члени Ради Європи. Її положення мають велике значення і для медичної сфери, оскільки саме через практику Європейського суду з прав людини було суттєво розвинено стандарти захисту пацієнтів.

Для медико-правового захисту найбільше значення мають такі статті Конвенції:

- стаття 2, яка гарантує право на життя;
- стаття 3, що забороняє катування, нелюдське або таке, що принижує гідність, поводження;
- стаття 8, яка забезпечує право на повагу до приватного і сімейного життя;
- стаття 14, що забороняє дискримінацію [43].

У контексті охорони здоров'я ці норми отримали розширене тлумачення. Зокрема, право на повагу до приватного життя охоплює питання медичної конфіденційності та автономії особи у прийнятті рішень щодо власного здоров'я.

Водночас заборона нелюдського поводження застосовується у випадках неналежного лікування або відсутності доступу до необхідної медичної допомоги.

Окрему роль відіграє Європейська конвенція про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню 1987 року [44]. Її значення полягає у створенні превентивного механізму контролю у вигляді Європейського комітету із запобігання катуванням. Діяльність цього органу спрямована на моніторинг умов утримання осіб у місцях несвободи, включаючи медичні установи закритого типу, що має безпосередній вплив на забезпечення належного рівня медичної допомоги таким категоріям осіб.

Важливим джерелом соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я є Європейська соціальна хартія 1961 року (переглянута у 1996 р.). Вона закріплює систему економічних і соціальних прав та покладає на держави позитивні зобов'язання щодо їх реалізації. Зокрема, згідно з 11 статтею уряди зобов'язані вживати відповідних заходів для забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я. Норма містить три конкретні вимоги: усунення причин погіршення здоров'я, забезпечення консультаційних та освітніх послуг для зміцнення здоров'я і заохочення особистої відповідальності, а третя вимога зобов'язує держави запобігати епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням [45]. Контроль за виконанням положень Хартії здійснюється Європейським комітетом із соціальних прав.

Серед положень, які мають безпосереднє значення для сфери охорони здоров'я, слід виділити:

- право на охорону здоров'я;
- право на соціальну та медичну допомогу;
- право користуватися соціальними послугами;
- права осіб з інвалідністю;
- права дітей, сімей, трудящих-мігрантів та осіб похилого віку.

Особливістю Хартії є її комплексний характер та гнучкість механізмів імплементації. Попри те, що держави можуть обирати окремі положення для прийняття зобов'язань, практика Європейського комітету із соціальних прав сприяє

розширеному тлумаченню цих норм. Особливо показовим є те, що Європейський комітет із соціальних прав неодноразово наголошував на тісному зв'язку між соціальними правами Хартії та гарантіями, закріпленими в Європейській конвенції з прав людини. Це пояснюється тим, що людська гідність лежить в основі всієї європейської системи прав людини, а належна охорона здоров'я є однією з передумов її реального забезпечення. На мою думку, саме в цьому полягає одна з найбільш сильних рис європейської моделі. Вона не розглядає право на здоров'я ізольовано, а пов'язує його з ширшим комплексом особистих і соціальних гарантій.

Серед актів рекомендаційного характеру важливе значення має Рекомендація Комітету міністрів Ради Європи № R (2000) 5 щодо участі громадян і пацієнтів у процесі ухвалення рішень у сфері медичного обслуговування. Незважаючи на відсутність обов'язкової сили, цей документ відображає сучасну тенденцію до розвитку пацієнтоорієнтованих підходів, що передбачають активне залучення населення до формування політики у сфері охорони здоров'я.

Організація також активно використовує норми міжнародного кримінального права для захисту громадського здоров'я. У 2011 році Рада Європи ухвалила Конвенцію про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я. Вона стала першим обов'язковим міжнародним інструментом у кримінально-правовій сфері щодо підроблення медичної продукції. Цей договір зобов'язує держави криміналізувати виробництво та постачання підроблених медичних препаратів і медичних виробів, а також фальсифікацію відповідної документації [46]. Такий підхід демонструє перехід від суто декларативних норм охорони здоров'я до жорстких санкцій за посягання на безпеку пацієнтів.

Значну частину стандартів Ради Європи становить «м'яке право» у формі рекомендацій Комітету міністрів. Ці документи не мають прямої обов'язкової сили, проте вони формують орієнтири для національних законодавців та судів. Сьогодні триває активна дискусія щодо перегляду підходів до надання психіатричної допомоги. Парламентська асамблея Ради Європи свого часу чітко висловила критичну позицію щодо проекту додаткового протоколу до Ов'єдської конвенції, адже він допускав примусове розміщення та лікування осіб із психічними розладами

[47]. Такий підхід викликав заперечення з боку експертів Організації Об'єднаних Націй і правозахисних організацій, які наголосили на його невідповідності міжнародно-правовим стандартам. Зокрема, Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю забороняє будь-яке позбавлення волі на підставі наявності інвалідності або порушень здоров'я.

Внаслідок критики, інституції Ради Європи змінили свій нормотворчий підхід. У 2024 році Керівний комітет з прав людини у сфері біомедицини та охорони здоров'я підготував проєкт Рекомендації щодо поваги до автономії у сфері охорони психічного здоров'я [48]. Стаття 3 цього документа закріплює загальне правове правило про надання психіатричної допомоги виключно за вільною та поінформованою згодою особи. Винятки можливі лише за наявності суворих правових гарантій, які поважають людську гідність. Документ також зобов'язує уряди інтегрувати повагу до автономії у національне законодавство та регулярно переглядати існуючі практики надання медичної допомоги. Окремо наголошується на необхідності протидії стигматизації та дискримінації осіб із психічними розладами, що прямо передбачено у статті 14 цієї рекомендації.

Окрему увагу варто приділити діяльності Європейського директорату з якості ліків та охорони здоров'я. Це організація в системі Ради Європи, яка відіграє провідну роль у сфері контролю якості лікарських засобів, а також бере активну участь у вирішенні ширшого кола питань, пов'язаних із охороною здоров'я населення в Європі. Саме цей інституційний механізм забезпечує розроблення та оновлення Європейської фармакопеї [49]. Конвенція про розробку Європейської фармакопеї була ухвалена Радою Європи у 1964 році. Вона встановлює єдині стандарти контролю якості ліків. Ці стандарти мають обов'язковий характер для всіх виробників фармацевтичної продукції у державах учасниках. Дотримання них є юридичною вимогою згідно з директивами Європейського Союзу для отримання дозволу на продаж ліків на європейському ринку. Це може слугувати показовим прикладом того, як норми однієї міжнародної організації інтегруються у правовий порядок іншої і стають обов'язковими правилами для спільного ринку.

Аналізуючи підхід Європейського Союзу до встановлення стандартів у сфері охорони здоров'я та їх імплементації, варто передусім проаналізувати установчі договори. Відповідно до Договору про функціонування Європейського Союзу, насамперед статті 168, ключова відповідальність за формування політики у сфері охорони здоров'я, організацію системи медичної допомоги, її фінансування та розподіл ресурсів залишається за державами-членами. Зазначений документ акцентує на тому, що ЄС визнає та поважає виключне право країн-членів самостійно розбудовувати власні медичні системи та надавати відповідні послуги [50], що фактично означає збереження національного суверенітету у цій сфері. Отже, держави-члени самостійно визначають структуру своїх систем охорони здоров'я, моделі страхування, рівень фінансування, а також пріоритети медичної політики.

Водночас це не означає повної відсутності впливу Союзу. У цій же статті передбачено, що «під час визначення та виконання всіх політик та заходів Союзу забезпечується високий рівень захисту здоров'я людини». Це означає, що питання здоров'я враховується також у політиках внутрішнього ринку, екології, транспорту чи захисту споживачів. Діяльність Союзу при цьому спрямована на доповнення національних політик, а не їх заміщення. Зокрема, йдеться про підтримку заходів із запобігання захворюванням, боротьбу з тяжкими хворобами, дослідження їх причин і поширення, а також розвиток інформаційних та освітніх програм. Окрему увагу приділено реагуванню на транскордонні загрози, що особливо актуалізувалося в умовах глобалізації та пандемічних ризиків.

Важливою особливістю є також координаційна функція Союзу. Держави-члени зобов'язані узгоджувати свої політики, підтримуючи зв'язок із Європейською Комісією, яка, у свою чергу, може ініціювати «запровадження керівних принципів та показників, організацію обміну найкращим досвідом та підготовку елементів моніторингу». Такий підхід дозволяє поступово формувати спільні стандарти без прямої уніфікації національних систем. Крім того, ЄС активно сприяє співпраці між державами-членами, зокрема у прикордонних регіонах, де виникає потреба у взаємодоповнюваності медичних послуг. Паралельно Союз разом із державами-членами розвиває співробітництво з третіми країнами та міжнародними

організаціями, що підсилює його роль як глобального актора у сфері охорони здоров'я.

Разом із цим, у певних чітко визначених сферах Європейський Союз наділений правом ухвалювати обов'язкові нормативні акти. Згідно зі статтею 168, це стосується, зокрема, встановлення «високих стандартів якості та захисту органів та речовин людського походження, крові та похідних крові», а також стандартів безпеки лікарських засобів і медичних виробів. Важливо, що навіть у цих випадках держави-члени можуть запроваджувати більш суворі заходи захисту, що ще раз підкреслює допоміжний характер компетенції Союзу. Окрім цього, ЄС може приймати заохочувальні заходи, спрямовані на боротьбу з тяжкими захворюваннями чи зменшення шкоди від тютюну та алкоголю.

Відповідно до ст. 114 ДФЄС, органи Європейського Союзу регулюють медичну галузь опосередковано, через механізми внутрішнього ринку. Ця стаття надає право Європейському Парламенту та Раді ЄС узгоджувати правові норми держав-членів, щоб забезпечити безперешкодне функціонування єдиного ринкового простору [50]. Саме ця правова підстава активно використовується для регулювання сфер, дотичних до охорони здоров'я, зокрема фармацевтичного сектору, медичних виробів або стандартів безпеки продукції. При цьому особливо важливим є положення частини 3 статті 114, згідно з яким Комісія у своїх пропозиціях «бере за основу високий рівень захисту» здоров'я, що фактично інтегрує медичні стандарти у економічне регулювання.

Передусім варто проаналізувати регламенти, адже саме вони мають пряму дію і не потребують додаткового впровадження у національне законодавство. Показовим є Регламент (ЄС) 2022/2371, ухвалений після пандемії COVID-19 [51]. Він фактично переосмислює підхід до реагування на транскордонні загрози здоров'ю. Документ встановлює конкретні юридичні механізми координації. Зокрема, передбачено спільне планування готовності, обов'язковий обмін інформацією між державами, а також централізовані підходи до закупівель лікарських засобів і вакцин. Посилено роль відповідних європейських агентств (Європейського центру профілактики та контролю захворювань (ECDC) і Європейського агентства з лікарських засобів

(EMA)) і створено Агенцію з готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері здоров'я (HERA). У підсумку цей регламент закріплює ідею, що захист життя і здоров'я виходить за межі суто внутрішньої компетенції держав і набуває спільного виміру.

У контексті транскордонної взаємодії між державами-членами ЄС, варто згадати Директиву 2011/24/ЄС про права пацієнтів у транскордонній медичній допомозі [52]. Вона створила правову базу для мобільності пацієнтів всередині Європейського Союзу. Директива визначає умови, за яких громадянин може поїхати до іншої держави для отримання медичної допомоги з подальшим відшкодуванням витрат. Цей документ зобов'язав країни створити національні контактні пункти для надання точної інформації громадянам. Директива також встановила правову основу для створення Європейських довідкових мереж. Ці мережі об'єднують медичних працівників та центри експертизи для лікування рідкісних та складних захворювань. Відповідно до директиви формується простір, у якому право на медичну допомогу фактично виходить за межі однієї країни.

Не менш значущим є Регламент ЄП і Ради ЄС про захист даних 2016/679, який регулює обробку персональних даних, у тому числі медичної інформації [53]. У цьому випадку безпека розглядається не лише у фізичному, а й у інформаційному вимірі. Регламент встановлює суворі умови обробки даних про здоров'я: необхідність отримання інформованої згоди, принцип мінімізації даних, обов'язок забезпечення конфіденційності. Крім того, він надає особі низку додаткових прав, включаючи доступ до інформації про обробку даних та можливість вимагати їх видалення у визначених випадках. Такий підхід сприяє формуванню довіри до системи охорони здоров'я, що має принципове значення для її ефективності.

Окремо варто згадати Директиву 2010/32/ЄС, спрямовану на захист медичних працівників [54]. Вона встановлює вимоги щодо запобігання травмам гострими інструментами і, відповідно, зменшення ризиків інфікування. Йдеться про впровадження безпечних технологій, належне навчання персоналу, контроль за поведінням із медичними відходами. Важливо й те, що закріплюється право працівника відмовитися від виконання обов'язків у разі безпосередньої загрози

життю чи здоров'ю. Такий підхід підкреслює очевидний зв'язок між рівнем захисту медичного персоналу та безпеку пацієнтів.

Фармацевтичний сектор проходить процес оновлення правової бази. Європейська Комісія представила пакет реформ у квітні 2023 року для заміни чинних директив та регламентів [55]. Основна ідея полягає у зміні механізмів надання ексклюзивності даних для нових ліків. Якщо раніше фармацевтичні компанії мали гарантований фіксований строк захисту інтелектуальної власності, який становив вісім років, то тепер пропонується більш гнучка модель. Вона передбачає, що додаткові періоди ринкового захисту не надаються автоматично, а залежать від виконання певних умов. Зокрема, компанія може розраховувати на продовження строку ексклюзивності лише за умови взяття на себе зобов'язання забезпечити виведення препарату на ринки всіх 27 держав-членів ЄС протягом двох років після його офіційного схвалення. Такий підхід демонструє прагнення європейського законодавця поєднати інструменти комерційного права для вирішення проблеми нерівного доступу пацієнтів до інноваційного лікування. Окремі стимули передбачені для розробки препаратів, які використовуються для лікування рідкісних хвороб. Базовий період ексклюзивності для таких ліків становить дев'ять років з можливістю продовження.

Останнім часом Європейський Союз також посилив регулювання обігу речовин людського походження. У червні 2024 року було ухвалено новий Регламент 2024/1938 щодо стандартів якості та безпеки для речовин людського походження, призначених для застосування людиною [56]. Цей документ замінив попередні рамкові директиви 2002 та 2004 років щодо донорства крові, тканин та клітин. Перехід від форми директиви до регламенту має суттєве юридичне значення. Директиви вимагають імплементації у національне законодавство і можуть застосовуватися по-різному у різних країнах. Регламент має пряму дію і встановлює абсолютно однакові високі стандарти якості та безпеки на всій території Європейського Союзу, що полегшує транскордонний обіг критично важливих медичних матеріалів та захищає права донорів і реципієнтів. Документ створює єдині процедури авторизації для інноваційних препаратів та закріплює принцип

добровільного і безоплатного донорства. Регламент також засновує спеціальну Координаційну раду для забезпечення послідовного застосування цих норм.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що у Європі сформувалася комплексна система стандартів, яка базується на взаємодії Ради Європи та Європейського Союзу. Вони адаптують глобальні стандарти до регіональних умов і забезпечують їх подальший розвиток. Рада Європи закладає ціннісну та правозахисну основу, зосереджуючись на гідності людини, автономії пацієнта та біоетичних межах медичного втручання. Європейський Союз, не втручаючись безпосередньо у національні системи охорони здоров'я, поступово формує спільні стандарти через інструменти внутрішнього ринку, безпеки продукції, захисту даних та координації політик. Взаємодія цих інституцій формує детальну та дієву правову базу для національних медичних систем європейських держав.

Висновки до 2 розділу

У результаті дослідження встановлено, що ВООЗ займає ключове місце у формуванні міжнародних стандартів охорони здоров'я, оскільки саме вона визначає базові підходи та напрями розвитку цієї сфери на глобальному рівні. Її установчі положення закріплюють право на здоров'я як фундаментальне та формують нормативну основу для подальшого правового регулювання. Всесвітня організація охорони здоров'я сформувала цілісну багаторівневу систему міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я, поєднуючи інструменти «жорсткого» та «м'якого» права. Новизна цього результату полягає у показі комплексного підходу ВООЗ як нормотворця, що одночасно встановлює юридично обов'язкові стандарти для держав і формує професійні орієнтири для щоденної медичної практики. Практичне значення полягає в тому, що такі стандарти можуть бути використані для вдосконалення національного законодавства України, посилення готовності до пандемій, покращення якості медичної допомоги та захисту права людини на найвищий досяжний рівень здоров'я.

За другим напрямом дослідження встановлено, що Рада Європи та Європейський Союз сформували в Європі цілісну регіональну систему стандартів охорони здоров'я, у якій право на медичну допомогу пов'язується з людською гідністю, автономією пацієнта, безпекою лікування і захистом персональних даних. Коротка суть результату полягає в тому, що Рада Європи закріплює правозахисні та біоетичні межі медичного втручання, а ЄС забезпечує їх практичну реалізацію через регулювання внутрішнього ринку, транскордонної допомоги, фармацевтичної сфери та контролю якості медичної продукції. Новизна полягає у виявленні взаємодії цих двох інституцій як єдиного механізму, що не замінює національні системи, а спрямовує їх до спільних стандартів. Практична цінність отриманого результату полягає в можливості використання європейського досвіду для гармонізації українського медичного законодавства, посилення гарантій прав пацієнтів і підвищення якості регулювання у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

Міжнародні механізми імплементації та реалізації стандартів охорони здоров'я

1. Механізми міжнародного нагляду за впровадженням стандартів охорони здоров'я та їх ефективність в умовах глобальних криз

Дієвість будь-якої норми міжнародного права визначається здатністю інституцій забезпечити її фактичне виконання на рівні національних систем. У сфері охорони здоров'я процес імплементації міжнародних домовленостей у внутрішнє право країн має виражену специфіку, що полягає у необхідності миттєвої реакції держав та синхронізації правових протоколів у відповідь на глобальні загрози, такі як стрімке поширення інфекційних захворювань. Звичайні процедури укладання та ратифікації міжнародних договорів часто не відповідають цій вимозі через свою тривалість, тому провідні міжнародні організації розробили особливі юридичні механізми імплементації, які дозволяють пришвидшити дію медичних стандартів. Досліджуючи правову природу імплементації стандартів у цій сфері, варто детальніше проаналізувати підходи Всесвітньої організації охорони здоров'я та інституцій Європейського Союзу.

Статут (Конституція) ВООЗ наділяє Всесвітню асамблею охорони здоров'я повноваженнями, які є нетиповими для більшості міжнародних організацій. Асамблея створює норми двома основними шляхами: через конвенції (стаття 19) та через регламенти (стаття 21). Ухвалення конвенцій, наприклад Рамкової конвенції із боротьби проти тютюну, вимагає традиційної згоди двох третин держав і подальшої ратифікації національними парламентами. Проте для регулювання невідкладних санітарних та карантинних вимог розробники Конституції ВООЗ передбачили механізм автоматичної імплементації. Разом з цим, стаття 22 Статуту встановлює принцип права на відмову. Коли Асамблея ухвалює регламент, він набуває чинності для всіх держав-членів автоматично після закінчення визначеного терміну, урядам не потрібно ратифікувати документ. Якщо держава не згодна з новими правилами, вона повинна повідомити Генерального директора ВООЗ про свою відмову або зробити застереження.

Саме за цим унікальним механізмом діють Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП), які на сьогодні залишаються єдиним глобальним юридично обов'язковим інструментом, спрямованим на запобігання міжнародному поширенню захворювань. Як зазначають фахівці з міжнародного права Лоуренс Гостін та Девід Фідлер, запровадження цих правил змістило акцент на постійний моніторинг реальної інституційної спроможності урядів. Професор міжнародного права Лоуренс Гостін також наголошує, що ВООЗ має безпрецедентну можливість нав'язувати юридичні зобов'язання без прямої згоди держави, що робить ММСП чи не найпотужнішим інструментом у глобальному праві [57]. На практиці це проявляється в тому, що після ухвалення поправок до ММСП у травні 2024 року країни мали лише 10 місяців для подання заперечень, після чого оновлені стандарти автоматично стали частиною їхніх міжнародно-правових зобов'язань з 19 вересня 2025 року.

Згідно з Додатком 1 до ММСП (2005), усі 196 держав-учасниць взяли на себе юридичне зобов'язання створити, підтримувати та постійно вдосконалювати базові спроможності національних систем охорони здоров'я. Таке зобов'язання було впроваджено для раннього виявлення спалахів, точного звітування та оперативного реагування на місцевому рівні. Імплементация цих стандартів вимагає від кожної держави-учасниці перегляду власної нормативно-правової бази, зокрема щодо можливості запровадження надзвичайних заходів, обмеження пересування, регулювання діяльності приватних медичних установ під час криз або створення механізмів для прискореного схвалення нових медикаментів.

Для подолання внутрішньої управлінської фрагментації оновлена стаття 4 ММСП встановлює прямий обов'язок урядів утворити Національний орган з виконання правил, відповідальний за координацію імплементации міжнародних норм серед різних міністерств і відомств. Крім того, стаття 44 вимагає від держав співпрацювати для мобілізації фінансових ресурсів та забезпечення стабільного функціонування цих національних спроможностей. Держави погоджуються на імплементацию цих стандартів з огляду на фундаментальний принцип, закладений у Статуті ВООЗ, відповідно до якого нерівномірний розвиток різних країн у питаннях зміцнення здоров'я та боротьби з інфекційними захворюваннями становить спільну

небезпеку для всього людства, що зумовлює усвідомлення урядами неможливості ефективно протидіяти транскордонним загрозам виключно національними засобами.

Європейський Союз застосовує іншу модель розподілу компетенцій. Хоча стаття 168 Договору про функціонування ЄС залишає організацію систем охорони здоров'я за національними урядами, Союз активно формує єдиний медичний простір через директиви та регламенти. Ці два інструменти мають принципово різну природу імплементації. Регламенти ЄС мають пряму дію. Після затвердження Європейським Парламентом та Радою вони миттєво стають законом у кожній з 27 країн-членів, не потребуючи жодних додаткових голосувань.

Натомість директиви ЄС мають непряму дію і встановлюють лише кінцеву мету. Національні уряди отримують певну свободу у виборі засобів для досягнення цієї мети. Вони зобов'язані провести процедуру транспозиції - ухвалити власні внутрішні закони, які перенесуть вимоги директиви в національне правове поле протягом встановленого дедлайну (зазвичай близько двох років). Якщо держава зволікає або спотворює суть директиви, Європейська Комісія може ініціювати процедуру порушення і притягнути уряд до відповідальності в Суді ЄС.

Порівнюючи ці два підходи, можна дійти висновку, що ВООЗ забезпечує глобальне охоплення, тоді як ЄС пропонує більш чіткий і швидкий механізм правового втілення стандартів. На мою думку, у практичному вимірі ефективнішим є підхід ЄС, адже він поєднує обов'язковість норм із реальними механізмами контролю та відповідальності держав.

Після того, як держави імплементують стандарти у внутрішнє законодавство, виникає потреба у контролі за їх фактичним дотриманням. Правозахисний нагляд за виконанням медичних стандартів переважно здійснюють структури ООН та Ради Європи. Універсальним моніторинговим органом ООН виступає Комітет з економічних, соціальних і культурних прав (КЕСКП), який наглядає за виконанням статті 12 відповідного Пакту (право на найвищий досяжний рівень здоров'я) [58].

Комітет спирається на систему періодичного державного звітування. Держави зобов'язані кожні вісім років надавати детальні звіти про стан своєї медичної системи. Щоб зробити цей процес більш предметним, КЕСКП запровадив спрощену

процедуру. Її суть в тому, що замість загальних доповідей Комітет сам формує перелік конкретних проблемних питань на основі попереднього аналізу ситуації в країні, а уряди мають відповісти саме на них. Під час особистих слухань у Женеві експерти влаштовують конструктивний діалог з делегаціями урядів [59]. Велике значення тут відіграють альтернативні звіти від місцевих неурядових організацій, які висвітлюють приховані недоліки медичного забезпечення. Розгляд закінчується публікацією заключних зауважень, які містять перелік конкретних кроків для виправлення ситуації.

На регіональному рівні Рада Європи створила більш жорстку систему нагляду. Європейський комітет із соціальних прав (ЄКСП) здійснює нагляд за дотриманням Європейської соціальної хартії (переглянутої у 1996 році), яка виступає соціальною конституцією європейського континенту [60]. Стаття 11 Хартії формулює комплексне право на захист здоров'я, покладаючи на уряди позитивні обов'язки не лише лікувати, але й усувати глибинні причини захворювань, розвивати консультаційні та освітні послуги для зміцнення здоров'я, а також запобігати поширенню епідемічних, ендемічних та інших інфекцій. Крім аналізу урядових звітів, цей комітет розглядає колективні скарги від профспілок та організацій роботодавців. Цей механізм дозволяє обходити небажання урядів визнавати власні системні помилки, змушуючи їх реагувати на зафіксовані порушення епідеміологічних норм чи прав пацієнтів.

Окреме місце займає Європейський комітет із запобігання катуванням. КЗК діє як превентивний механізм, який використовує концепцію проактивного моніторингу. Організація його роботи базується на періодичних та раптових візитах до будь-яких місць, де особи утримуються за рішенням державних органів. Хоча його основна мета полягає у запобіганні тортурам, велика частка роботи Комітету присвячена саме дотриманню стандартів охорони здоров'я у місцях позбавлення волі. Його експерти (часто лікарі-психіатри та судмедексперти) мають право безперешкодного доступу до будь-якої камери чи медичної картки пацієнта без згоди керівництва закладу. Стандарти КЗК встановлюють, що медична допомога у пенітенціарних закладах має відповідати загальнонаціональному рівню системи охорони здоров'я. Відсутність

належної медичної діагностики, ігнорування психічних розладів або ненадання лікування хворим у місцях позбавлення волі прямо прирівнюється до нелюдського та такого, що принижує гідність, поводження. Після кожного візиту Комітет готує конфіденційний звіт із детальними рекомендаціями для уряду. Хоча процес будується на принципі співпраці та конфіденційності, у разі систематичного ігнорування урядом рекомендацій Комітету або відмови покращити ситуацію з медичним забезпеченням, КЗК може зробити публічну заяву, що несе дипломатичні та політичні наслідки для держави-порушниці.

Варто також проаналізувати діяльність Європейського суду з прав людини як ключового механізму нагляду в межах Ради Європи. Рішення ЄСПЛ є обов'язковими для виконання державами-учасницями відповідно до ст. 46 ЄКПЛ. Сама ЄКПЛ не містить окремого положення про право на охорону здоров'я, однак суд все одно активно захищає права пацієнтів через суміжні норми, коли громадяни звертаються туди після вичерпання національних інстанцій. Наприклад, суд регулярно застосовує статтю 8 для охорони лікарської таємниці та особистих медичних даних. Також суд використовує статтю 5 для захисту осіб від незаконного утримання у психіатричних закладах, а статтю 3 для заборони нелюдського поводження з такими пацієнтами. Водночас практика ЄСПЛ має відчутні обмеження. Суд відверто уникає прямого визнання позитивного права на медичну допомогу навіть за статтею 2, яка гарантує право на життя [41]. Така обережність пояснюється небажанням втручатися в соціальну чи економічну політику держав і змушувати уряди перерозподіляти фінансові ресурси на систему охорони здоров'я. Тому цей міжнародний механізм працює переважно точково для захисту особистої недоторканності та приватності у медичній сфері, а подальший нагляд за виконанням ухвалених рішень здійснює Комітет міністрів.

Повертаючись до універсального рівня, варто детально дослідити історичний розвиток механізму моніторингу ВООЗ. ВООЗ розробила Рамкову програму моніторингу та оцінки ММСП для відстеження того, як держави виконують ці зобов'язання. Спочатку архітектура моніторингу спиралася переважно на самооцінку. Ключовим інструментом виступав щорічний звіт SPAR (State Party Self-

Assessment Annual Reporting), за допомогою якого уряди самостійно оцінювали свій прогрес за стандартизованою шкалою індикаторів і подавали ці дані до Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.

Проте аналіз ефективності такого підходу виявив його глибокі концептуальні вади. Експерти вказували на схильність урядів переоцінювати власні ресурси через політичні мотиви або методологічні неточності. Система самооцінки фіксувала формальну наявність протоколів та інфраструктури, але не була здатна виміряти реальну операційну готовність системи у кризових умовах.

Усвідомлюючи ці прогалини, особливо після критики міжнародного реагування на спалах вірусу Ебола у Західній Африці (2014-2016 рр.), ВООЗ та міжнародна спільнота дійшли консенсусу щодо необхідності зовнішнього незалежного контролю. У 2016 році було запроваджено Механізм спільного зовнішнього оцінювання (Joint External Evaluation, JEE) [61]. Цей інструмент передбачав прибуття групи незалежних міжнародних експертів до країни-реципієнта і проведення аудиту національних спроможностей разом з місцевими фахівцями. Окрім SPAR та JEE, Рамкова програма була доповнена такими функціональними інструментами, як симуляційні вправи для тестування готовності у штучних умовах та оглядами після завершення заходів для рефлексії над помилками після реальних інцидентів.

Попри розширення кількості інструментів, науковці виявили серйозну проблему - інституційну фрагментованість моніторингу. Дослідник глобальної охорони здоров'я Роберт Нгуні разом із колегами зазначає, що ці інструменти часто функціонували ізольовано. Рекомендації зовнішніх оцінювачів (JEE) не завжди інтегрувалися в національні плани, а результати практичних тестувань не впливали на самооцінку (SPAR) [62]. У дослідженні було доведено, що коли до формальних високих балів SPAR додавалися дані з функціональних вправ, реальні показники спроможностей держави (особливо у сфері лабораторної діагностики та епідеміологічного нагляду) падали. Статичні інструменти вимірюють лише існування нормативних документів чи обладнання, тоді як реальну готовність визначає виключно здатність застосувати їх під час кризи.

Згодом, у 2018 році виникла Рада з глобального моніторингу готовності. Вона діє як незалежний моніторинговий орган і забезпечує підзвітність у питаннях готовності до глобальних криз у сфері здоров'я. Співголовами виступають Генеральний директор ВООЗ та Президент Світового банку. До складу Ради входять визнані лідери й експерти з напрямів глобальної охорони здоров'я, ветеринарної епідеміології, екології, прав людини, економіки, права, гендерних питань і розвитку [63].

Виникнення додаткових ініціатив підтверджує тезу про те, що процедура нагляду потребувала серйозного реформування. Юридична структура правил 2005 року не надала Секретаріату жодних наднаціональних повноважень примусу, залишаючи ВООЗ в ролі експертного координатора, який визначає наукові орієнтири, але позбавлений інструментів впливу на порушників.

Пандемія COVID-19 стала найбільш масштабним випробуванням для архітектури міжнародного медичного права та інституційних механізмів управління за останнє століття. Результати виявилися невтішними, що було детально задокументовано та проаналізовано у фундаментальних звітах незалежних експертних груп, зокрема Комісії журналу The Lancet та Незалежної комісії з питань готовності до пандемій та реагування на них. Комісія The Lancet у своєму звіті охарактеризувала міжнародне реагування на кризу «масовим глобальним провалом на багатьох рівнях» [64]. Дослідження виявили низку критичних збоїв у функціонуванні наглядових механізмів та реалізації медичних стандартів.

Результати показали, що стандартні інструменти моніторингу ММСП (зокрема JEE та SPAR) не виправдали себе як надійні показники готовності урядів до епідемій [65]. Емпіричний аналіз виявив, що країни, які отримали найвищі оцінки за цими шкалами й вважалися світовими зразками медичної безпеки, на практиці найгірше впоралися з вірусом і мали найбільшу надлишкову смертність. Причина в тому, що міжнародні індекси готовності зосереджувалися лише на технічних деталях, оминаючи соціально-політичні чинники (рівень суспільної довіри до влади, якість політичного лідерства, здатність швидко ухвалювати непопулярні рішення, рівень

економічної спроможності та захист уразливих груп). Жоден із інструментів ММСП цього не вимірював.

Другий висновок стосується інституційної структури ВООЗ. Вона виявилася надто обережною, загромадженою бюрократією і надмірно залежною від доктрини державного суверенітету. Як зазначено у дослідженні The Lancet, Всесвітня асамблея охорони здоров'я як вищий керівний орган Організації, що складається зі 194 держав і збирається лише раз на рік, виявилася надто громіздкою для оперативного управління під час швидкої кризи. Крім того, керівництво ВООЗ діяло з надмірною пересторогою. Побоюючись критики за можливу «хибну тривогу» (як це сталося під час пандемії «свинячого» грипу у 2009 році), організація зволікала з визнанням повітряно-крапельного шляху передачі вірусу та відмовлялася рекомендувати обмеження на міжнародні подорожі на критично важливих ранніх етапах. Керуючись застарілими парадигмами про неефективність закриття кордонів, інституція рекомендувала утримуватися від транспортних обмежень навіть тоді, коли вірус вже активно поширювався через міжнародні авіавузли.

Окремим викликом стала відсутність необхідних повноважень міжнародних структур. ВООЗ не мала (і в рамках старої редакції ММСП не могла мати) мандата на проведення незалежних інспекцій на території суверенних держав. На відміну від механізмів контролю за розповсюдженням хімічної чи ядерної зброї, ВООЗ не мала права відправити своїх інспекторів до епіцентру спалаху без офіційного запрошення з боку уряду відповідної держави. Це дозволило національним адміністраціям приховувати реальні масштаби загрози та ухилятися від виконання своїх обов'язків щодо своєчасного інформування міжнародної спільноти, передбачених статтями 6 та 7 ММСП.

Найгострішою проблемою, яку висвітлила криза, стала відсутність дієвих механізмів примусу або юридичних санкцій за порушення базових принципів міжнародної солідарності. Рішення більшості моніторингових структур (КЕСКП, УПО, ВАОЗ тощо) мають переважно дорадчу природу. Вони не наділені статусом юридично обов'язкових актів, тому їх дотримання зумовлюється винятково політичною волею національних урядів. Що стосується рішень регіональних судів,

зокрема ЄСПЛ, то попри їхню обов'язковість, вони географічно обмежені і здебільшого спрямовані на відновлення прав в індивідуальних справах, оминаючи системні вади галузі охорони здоров'я.

Під час пандемії країни з високим рівнем доходу монополізували виробництво та закупівлю життєво необхідних засобів індивідуального захисту, діагностичних тестів та вакцин. Це призвело до розриву глобальних ланцюгів постачання і залишило країни, що розвиваються, без доступу до базових медичних технологій. Міжнародні інституції виявилися безсилими у примусі до справедливого розподілу ресурсів, що засвідчило потребу у фундаментальному реформуванні фінансових, регуляторних та етичних механізмів глобальної охорони здоров'я.

У травні 2024 року Всесвітня асамблея охорони здоров'я затвердила пакет поправок до ММСП. Ключовим рішенням у сфері нагляду стало заснування Комітету держав-учасниць з імплементації ММСП (стаття 54). Під час переговорів щодо створення Комітету виникли гострі суперечки. Розвинені країни наполягали на створенні «Комітету з дотримання», який складався б з експертів, міг би проводити розслідування та прямо вказувати на порушення. Однак країни, що розвиваються, побачили в цьому пряму загрозу своєму суверенітету і потенційний інструмент економічного тиску на них. Ухвалений компромісний варіант передбачає, що новий Комітет з імплементації діятиме у незмагальній, некаральній та консультативній манері. Він складатиметься з представників усіх держав-учасниць і збиратиметься щонайменше раз на два роки для обміну досвідом та аналізу виконання зобов'язань щодо співпраці та фінансування (статті 44 та 44 bis). Дослідник міжнародного права Джан Лука Бурчі зазначає, що хоча цей орган і не має санкційних повноважень, він створює постійний політичний тиск між самими державами [66].

Ще одним інструментом посилення національного контролю стало введення Національного органу з питань ММСП у статті 4 Правил. До пандемії уряди мали лише контактних осіб (координаторів) для обміну електронними листами з ВООЗ. Відтепер держави зобов'язані наділити конкретний орган виконавчої влади реальними юридичними повноваженнями для координації всіх державних відомств

(від міністерств охорони здоров'я до транспортних та фінансових відомств) у питаннях епідеміологічної безпеки.

Для розв'язання проблеми дефіциту фінансування був створений Координаційний фінансовий механізм відповідно до нової статті 44 bis. Він не є класичним фондом із власним капіталом, як того первісно вимагали країни, що розвиваються. Його місія полягає у виявленні потреб, пошуку доступних джерел фінансування та координації донорських потоків, щоб гарантувати стабільну підтримку найбільш біднішим державам у виконанні їхніх міжнародних зобов'язань.

Новий статус пандемічної надзвичайної ситуації забезпечує Генерального директора ВООЗ повноваженнями для оголошення вищого рівня глобальної тривоги. Така тривога може бути активована коли захворювання стрімко поширюється у багатьох країнах, паралізує системи охорони здоров'я, спричиняє руйнівні соціально-економічні потрясіння та вимагає негайних, скоординованих дій. Важливим є також імперативне включення «справедливості» та «солідарності» до базових принципів ММСП (стаття 3). Це легітимізувало включення норм, які зобов'язують ВООЗ і держави-учасниці сприяти справедливому та своєчасному розподілу життєво необхідних медичних технологій, ліків і вакцин, усуваючи штучні комерційні бар'єри під час епідемій (стаття 13).

Аналіз міжнародних інституцій і їхньої ефективності показує, що система глобального медичного права зараз перебуває в стані реформування. Для вирішення проблем потрібен комплексний підхід, який поєднує правові, політичні та економічні інструменти. Насамперед важливо узгодити заходи епідеміологічної безпеки з принципами прав людини. Такі обмежувальні дії, як карантин або закриття кордонів, мають бути законними, необхідними, пропорційними, обмеженими в часі та недискримінаційними [67]. У цьому процесі ВООЗ і наглядові органи, зокрема КЕСКП, повинні діяти узгоджено, щоб запобігати зловживанню кризовими ситуаціями та звуженню демократичних свобод.

Не менш важливим є перехід до гнучкіших механізмів моніторингу, оскільки держави не підтримали створення жорсткого карального органу в межах ММСП. Тому акцент слід робити на політичному та дипломатичному тиску, а також на

поєднанні різних джерел оцінки. Лише прозоре обговорення результатів у межах нового Комітету держав-учасниць може мотивувати уряди виконувати рекомендації. Окрему роль у посиленні глобальної безпеки має відігравати концепція «Єдине здоров'я», адже більшість нових інфекційних загроз є зоонозами і мають контролюватися міжсекторальними механізмами у сферах людського здоров'я, сільського господарства та довкілля [68].

Узагальнюючи вищевикладене, можна стверджувати, що міжнародні механізми нагляду за стандартами охорони здоров'я переживають етап трансформації. Досвід криз показав недоліки ідеалістичної моделі, побудованої виключно на добровільному самозвітуванні та відсутності зобов'язань щодо справедливого розподілу ресурсів. Ухвалені у 2024 році зміни демонструють спробу надати цій системі політичної ваги та інституційної визначеності. Поява нових фінансових механізмів, структур з імплементації та закріплення принципів солідарності створюють кращі передумови для координації. Однак ефективність цих інновацій залежатиме від здатності міжнародного співтовариства інтегрувати імперативи охорони здоров'я в ширший економічний та безпековий контекст. Лише поєднання технічної підготовки з політичною відповідальністю здатне забезпечити ефективне реагування на майбутні глобальні загрози.

2. Імплементация міжнародних стандартів охорони здоров'я в законодавство України

Аналіз процесів імплементации міжнародних медичних стандартів доцільно детальніше проаналізувати на досвіді України, оскільки держава проходить етап глибокої трансформації всієї нормативної бази. Здобуття статусу кандидата на вступ до Європейського Союзу та офіційний початок переговорного процесу вимагають швидкого переходу від застарілих моделей до європейських медичних норм. Водночас умови воєнного стану створили безпрецедентне навантаження на систему, що виключає можливість тривалих перехідних періодів. Тому досвід України дає змогу побачити, як міжнародне право працює на практиці в умовах перехідної економіки та воєнного стану. Цей підхід дозволяє перевірити життєздатність міжнародних договорів та ефективність рекомендацій міжнародних організацій на прикладі країни, яка змушена адаптуватися максимально швидко.

Нормативна основа імплементации закладена безпосередньо в Конституції України. Стаття 9 закріплює, що «чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою, стають частиною національного законодавства» [69]. Аналогічна логіка простежується і в ЗУ «Основах законодавства України про охорону здоров'я», де прямо передбачено пріоритет норм міжнародного договору у разі їх розбіжності з внутрішнім правом [70]. Формально це створює досить сильний механізм інтеграції міжнародних стандартів, адже вони автоматично набувають обов'язкового характеру після ратифікації.

Незважаючи на це, значна частина міжнародних актів у сфері медичної допомоги не ратифікована Україною, як зазначає І. М. Зогий [71]. Навіть ті документи, які пройшли ратифікацію, не завжди діють належним чином. Це пояснюється двома чинниками. З одного боку, держава може приєднуватися до договорів із застереженнями, що обмежує їх повну дію. З іншого боку, існують суто практичні бар'єри, такі як нестача фінансування, слабка інституційна спроможність та відсутність чітких процедур реалізації. У результаті імплементация часто зводиться до формального включення норм без їх реального застосування.

Згідно з вищезазначеним, необхідно походитись з висновком Швець Ю. Ю., що сама ратифікація міжнародного акта не гарантує дотримання закріплених у ньому стандартів [72]. Потрібні додаткові кроки на рівні внутрішнього законодавства, адміністративної практики і фінансового забезпечення. Без цього навіть найбільш прогресивні норми залишаються деклараціями, які не впливають на реальний стан системи охорони здоров'я в Україні.

Як зазначає дослідник М. Баришніков, імплементація норм міжнародного медичного права в національну систему спирається на чотири основні шляхи [73, с. 190; 30]. Прямий шлях реалізується через виконання обов'язкових рішень міжнародних організацій, повноправним членом яких є держава, зокрема Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародної організації праці (МОП). Опосередкований шлях передбачає укладання та ратифікацію багатосторонніх або двосторонніх міжнародних угод. Наприклад, Угоду про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць СНД від 27 березня 1997 року парламент ратифікував із певними застереженнями 1 червня 2000 року. Доктринальний шлях базується на запозиченні ідей та базових принципів, розроблених світовою спільнотою. Сюди можна віднести Рекомендацію №R(90)3 Комітету міністрів Ради Європи від 6 лютого 1990 року щодо медичних дослідів на людині. Інституційний шлях означає врахування напрацювань професійних об'єднань, включаючи Всесвітню медичну асоціацію та Всесвітню асоціацію медичного права.

Міжнародні стандарти відіграють ключову роль у визначенні мінімальних вимог до якості лікування та захисту прав пацієнтів. Ці вимоги визнаються світовим співтовариством як такі, що не можуть бути порушені за жодних обставин. Деякі з цих базових стандартів вже закріплені в Конституції України. Наприклад, стаття 48 гарантує право на найвищий досяжний життєвий рівень. Стаття 49 закріплює безпосереднє право на медичну допомогу та рівні умови її отримання. Стаття 28 забороняє проводити медичні чи наукові досліді без вільної згоди особи. Також Конституція охоплює право на безпечні та здорові умови праці (стаття 43), право на соціальну допомогу (ст. 46), право на рівні умови отримання соціальної та медичної допомоги (ст. 24, 49) та здоровий розвиток дитини (стаття 52).

На рівні спеціалізованого законодавства перенесення зовнішніх норм відбувається безпосередньо у тексти вітчизняних актів. Ухвалений Закон України «Про лікарські засоби» переймає архітектуру європейської Директиви 2001/83/ЄС. Він закріплює механізм торгової ліцензії та фіксує вимоги до належних клінічних і виробничих практик у статтях 2, 10 та 11. Зміни торкнулися й епідеміологічного нагляду. Статті 16 та 17 Закону «Про систему громадського здоров'я» імплементують Міжнародні медико-санітарні правила ВООЗ і регламентують охорону кордонів та систему раннього попередження інфекцій. Галузь донорства також адаптовано до світових вимог. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» у статті 16 закріпив Керівні принципи ВООЗ з трансплантації людських клітин, тканин та органів щодо змішаної системи згоди. Ця система, згідно з документами ВООЗ, передбачає поєднання моделі індивідуального волевиявлення за життя з правом найближчих родичів приймати рішення про донорство, якщо померлий не залишив чітких розпоряджень. Водночас Закон № 4203-ІХ категорично заборонив вилучати анатомічні матеріали у загиблих військовослужбовців та цивільних жертв збройної агресії.

Захист прав пацієнтів у чутливих сферах базується на європейських правозахисних договорах. Вимоги Європейського комітету із запобігання катуванням лягли в основу оновленого Порядку надання психіатричної допомоги (наказ МОЗ № 2085) та статті 25 Закону «Про психіатричну допомогу». Ці документи остаточно забороняють каральні методи лікування і гарантують хворим свободу спілкування. Окремі соціальні зобов'язання випливають з Європейської соціальної хартії. Її статті 11 та Е вимагають рівного доступу до лікування без ознак дискримінації. У вітчизняному праві вони деталізовані статтями 6 і 8 «Основ законодавства про охорону здоров'я», які гарантують безоплатну медичну допомогу у державних закладах.

Водночас держава продовжує ігнорувати цілий пласт спеціалізованих міжнародних актів. Декларація ВООЗ про розвиток прав пацієнтів в Європі 1994 р., Європейська хартія прав пацієнтів 2002 р. та Лісабонська конвенція про права пацієнта 1981 р. залишаються нератифікованими. Через це українське законодавство

прямо не гарантує право на повну інформацію про методи лікування чи право на свободу від шкоди через недбалість медичних працівників. Також відсутнє пряме конституційне закріплення права уникнути страждань і болю на кожному етапі захворювання та права померти з гідністю. У чинних законах враховані переважно лише стандарти у сфері захисту прав пацієнтів з тяжкими хворобами. Крім цього, частина фундаментальних актів у сфері біоетики досі не ратифікована. Найбільш помітною прогалиною є Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини 1997 р. Без її ратифікації питання генетичних досліджень та втручання у геном регулюються лише фрагментарно.

Для усунення цих прогалин науковець Швець Ю.Ю. пропонує внести доповнення до Конституції. Статтю 28 (право на повагу до гідності) необхідно доповнити частиною третьою для закріплення права тяжкохворих пацієнтів уникати страждань та права на смерть із гідністю. У статті 49 (право на охорону здоров'я) варто чітко визначити право кожного на вичерпну інформацію про методи лікування та право на компенсацію шкоди через лікарські помилки. Ці стандарти потребують подальшої деталізації в ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Після офіційного ухвалення міжнародних медичних та санітарних норм виникає гостра потреба у контролі за їх фактичним дотриманням на території держави. Аналізуючи наявну практику, можна помітити, що вплив різних міжнародних наглядових комітетів на Україну є нерівномірним, а їхні можливості часто обмежуються через позицію самого уряду щодо ратифікації певних процедур. На рівні Організації Об'єднаних Націй головним органом, який відстежує реалізацію права на здоров'я, виступає Комітет з економічних, соціальних і культурних прав (КЕСКП). Цей орган регулярно розглядає періодичні звіти уряду про стан виконання статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права. Процедура нагляду передбачає аналіз національних доповідей, альтернативних звітів від правозахисних організацій та публікацію заключних зауважень, де вказуються головні проблеми вітчизняної медичної системи. Проте ефективність роботи цього комітету в Україні суттєво обмежена. Держава підписала та ратифікувала основний текст Пакту ще у 1973 році, але досі не визнала процедуру розгляду індивідуальних

скарг. Україна не ратифікувала Факультативний протокол до цього Пакту, ухвалений Генеральною Асамблеєю ООН у 2008 році. Відповідно, українські громадяни позбавлені права безпосередньо звертатися до КЕСКП зі скаргами на порушення свого права на належне медичне забезпечення, а сам Комітет не має мандату на проведення незалежних розслідувань щодо системних порушень на території країни.

Схожа ситуація зі звуженням повноважень наглядових органів спостерігається і на регіональному європейському рівні. Європейський комітет із соціальних прав (ЄКСП) відповідає за нагляд за дотриманням переглянутої Європейської соціальної хартії, яку Україна ратифікувала у 2006 році, взявши на себе зобов'язання за 76 з 98 пунктів документа [74]. Цей комітет здійснює регулярний моніторинг національних звітів, звертаючи особливу увагу на статтю 11 Хартії, що гарантує право на захист здоров'я, а також на питання безпечних умов праці та захисту неповнолітніх. Наприклад, у своїх висновках за 2023-2025 роки ЄКСП детально аналізував ситуацію в Україні та визнав низку серйозних невідповідностей вимогам Хартії [75]. Комітет вказав на недоліки у сфері захисту праці підлітків, зокрема зазначив, що національне визначення «легкої праці» є розмитим, а тривалість робочого часу для осіб віком 16-18 років, які ще здобувають освіту, є надмірною. Це має безпосередній негативний вплив на їхній фізичний розвиток та загальний стан здоров'я. Крім того, ЄКСП висловив занепокоєння тим, що заборона на залучення осіб віком до 18 років до небезпечної чи шкідливої для здоров'я діяльності не гарантується на практиці належним чином.

Однак, як і у випадку з ООН, діяльність Європейського комітету із соціальних прав в Україні зводиться виключно до аналізу паперових звітів. Причиною цього є те, що держава відмовилася визнати систему колективних скарг. Додатковий протокол до Європейської соціальної хартії 1995 року, який дозволяє міжнародним та національним профспілкам, а також неурядовим організаціям подавати прямі скарги на систематичні порушення соціальних і медичних прав, залишається не ратифікованим Україною. Профспілки медичних працівників чи організації захисту прав пацієнтів не можуть звернутися до Страсбурга з колективною скаргою на неналежні умови праці в лікарнях, відсутність захисного спорядження під час

епідемії чи систематичну нестачу фінансування життєво важливих програм. Така ізоляція від міжнародних квазісудових механізмів суттєво послаблює тиск на органи виконавчої влади та дозволяє уряду роками ігнорувати рекомендації щодо покращення ситуації, зводячи взаємодію з комітетами до формального дипломатичного листування.

Натомість значно активнішою є взаємодія держави зі структурами Всесвітньої організації охорони здоров'я. Співпраця України з ВООЗ є важливою складовою міжнародного співробітництва, спрямованого на забезпечення конституційного права кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Взаємодія здебільшого реалізується через Європейське регіональне бюро на підставі дворічних рамкових домовленостей між державою та цією інституцією. У таких угодах окреслюються ключові напрями співпраці, на які спрямовуються фінансові ресурси з основного бюджету ВООЗ для забезпечення діяльності на національному рівні [76].

Україна приєдналася до Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я ще 3 квітня 1948 року, ставши однією з держав-засновниць. Проте тривалий час, аж до 1991 року, членство залишалося формальним та неактивним через політичні обставини. Повноцінна самостійна участь розпочалася лише після відновлення незалежності. На сучасному етапі роль держави у ВООЗ суттєво змінилася: від пасивного спостерігача Україна перетворилася на суб'єкта, який впливає на формування регіональних політик. Наприклад, у 2024 році Україну вперше було обрано до складу Постійного комітету Європейського регіонального комітету ВООЗ на трирічний термін. Ця подія дає можливість безпосередньо брати участь у прийнятті стратегічних рішень для всього європейського регіону.

Проактивна позиція на міжнародній арені дає цілком конкретні практичні результати для захисту національних інтересів. У 2022 році під час 75-ої сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я було ухвалено резолюцію “Надзвичайна ситуація у сфері охорони здоров'я України та країн, які розміщують та приймають біженців, спричинена російською агресією”, ініційовану Україною спільно з міжнародними партнерами. Документ вимагає від Росії негайно припинити будь-які

напади на лікарні, медичний персонал та цивільну інфраструктуру, а також дотримуватися норм міжнародного гуманітарного права. Крім того, резолюція закликає держави-члени ВООЗ збільшити фінансову підтримку для надання допомоги постраждалим, а Генерального директора ВООЗ зобов'язує підтримувати українську медичну систему, ретельно документувати факти атак на заклади охорони здоров'я та досліджувати вплив війни на фізичне й психічне здоров'я людей [77]. На 77-й сесії ВАОЗ було ухвалено рішення, яке є продовженням цієї резолюції. У ньому було зроблено акцент на вимозі припинити атаки не лише безпосередньо на лікарні, а й на ширшу критичну інфраструктуру (системи водопостачання, санітарії та енергетики), оскільки її руйнування паралізує надання медичних послуг [78].

Співпраця з ВООЗ закріплена у спеціальній Стратегії на період до 2030 року під назвою «Формування здоров'я в Україні до 2030 року» [79]. Стратегія має три пріоритети для впровадження у внутрішні закони. Перший пріоритет полягає у забезпеченні доступу до якісних медичних послуг для всіх верств населення незалежно від рівня їхньої платоспроможності. Практична реалізація цього завдання вимагає реформування первинної ланки медичної допомоги. Планується створення сучасних багатопрофільних амбулаторних центрів та запровадження інтегрованих пакетів медичних послуг, що охоплюють лікування неінфекційних захворювань, імунізацію, охорону здоров'я матері, а також послуги з реабілітації.

Другий пріоритет безпосередньо стосується обов'язку держави щодо попередження та зменшення основних факторів ризику для здоров'я. Відповідно до нього, Україна повинна вживати вичерпних заходів для подолання неінфекційних та інфекційних захворювань, забезпечувати стабільні програми вакцинації, а також інвестувати у сферу психологічного благополуччя та ініціативи щодо захисту довкілля.

Третім фундаментальним пріоритетом виділяють розбудову надійних інституцій у самій системі охорони здоров'я. На цьому етапі держава має суворе зобов'язання привести національне законодавство у сфері громадського здоров'я до стандартів ЄС. Ці кроки вимагають узгодження нормативного регулювання клінічних випробувань, закупівлі медичних товарів, стандартів медичної інформації,

освіти працівників та політики «Єдине здоров'я». Для виконання цих завдань передбачається цільове посилення спроможності ключових відомств: Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та національної агенції «Медичні закупівлі України». До того ж, враховуючи сучасні загрози, стратегія ставить вимогу підвищити обізнаність та готовність медичних працівників до реагування на хімічні, біологічні, радіаційні та ядерні небезпеки.

Водночас внутрішнє законодавство довелося адаптувати для пришвидшеного визнання іноземних медичних рішень у кризові періоди. Під час пандемії COVID-19 до «Основ законодавства України про охорону здоров'я» були внесені зміни. Закон дозволив застосовувати незареєстровані лікарські засоби та методи лікування, якщо вони були офіційно рекомендовані або схвалені регуляторними органами провідних країн світу, таких як США, країни Європейського Союзу, Великобританія, Швейцарія, Японія, Австралія, Канада та Ізраїль [80]. Це продемонструвало високий рівень довіри до міжнародних стандартів безпеки ліків та дозволило вітчизняним медикам швидко реагувати на епідеміологічні виклики, спираючись на затверджені за кордоном протоколи лікування ще до їх тривалої перевірки в Україні.

Беручи до уваги активний процес євроінтеграції в Україні, доцільно детальніше проаналізувати процес гармонізації українського законодавства з правом ЄС. Відповідно до Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом 2014 р. держава взяла на себе конкретні зобов'язання у сфері охорони здоров'я. Зокрема, у статті 428 закріплена необхідність наближення законодавства до «принципів *acquis* ЄС, зокрема у сфері інфекційних хвороб, служб крові, трансплантації тканин і клітин, а також тютюну» [81]. На сьогодні держава демонструє високі темпи виконання зобов'язань згідно з Угодою про асоціацію з ЄС. За даними урядових звітів за 2025 рік, прогрес у виконанні Угоди про асоціацію демонструє стабільну динаміку, а рівень імплементації норм у деяких секторах перевищує 80% (у сфері громадського здоров'я – 88%) [82]. Міністерство охорони здоров'я опрацювало понад три сотні актів права Євросоюзу, які стосуються ліцензування, контролю якості та стандартів надання послуг [83]. Перехід до європейських стандартів управління медичною галуззю передбачає не лише зміну нормативних актів. Це глибока модернізація самих

підходів до надання послуг. Як слушно зазначає С. Чуприна, адаптація національного законодавства до норм ЄС супроводжується реформуванням фінансових та організаційних механізмів для побудови людиноцентричної системи [84].

Одним із найбільш відчутних зрушень стала зміна ставлення до громадського здоров'я. Історично в Україні домінувала суто клінічна медицина, коли зусилля лікарів спрямовувалися на вже наявні хвороби, а превентивні заходи залишалися на другому плані. Європейська ж практика робить акцент саме на запобіганні захворюванням, управлінні ризиками та міжсекторальній взаємодії. Ухвалення Закону України «Про систему громадського здоров'я» у 2022 році заклало правовий фундамент для цих змін. Триває імплементація Директиви 2011/24/ЄС, яка деталізує права пацієнтів у сфері транскордонної охорони здоров'я. Крім того, розроблено Національну стратегію контролю онкологічних захворювань до 2030 року, основна мета якої полягає у «зниженні рівня захворюваності на рак в Україні шляхом профілактики, раннього виявлення, якісного лікування онкохворих» [85]. Крім того, український уряд затвердив ліцензійні умови для заготівлі донорської крові, які цілком відповідають стандартам Директиви 2002/98/ЄС [86]. Попри ці вкрай потрібні кроки, міжгалузева співпраця в Україні досі функціонує досить обмежено.

Особливої уваги заслуговує гармонізація вітчизняного фармацевтичного ринку. Триває процес впровадження європейських директив, зокрема Директиви 2001/83/ЄС (Кодекс Співтовариства відносно лікарських засобів) та Директиви 2004/23/ЄС щодо встановлення стандартів якості та безпеки для донорства, тестування, обробки, збереження та розповсюдження тканин і клітин людини. Обов'язковою умовою є закріплення в українському законодавстві вимог належної виробничої (GMP), клінічної (GCP) та дистриб'юторської (GDP) практик. Відповідність цим вимогам необхідна для усунення торговельних бар'єрів, уникнення дублювання перевірок і забезпечення доступу безпечних та якісних препаратів на внутрішній ринок. З цією метою МОЗ видало наказ, яким заснувало відповідну Експертну раду [87]. Крім цього, Україна також поглиблює співпрацю з Європейським агентством з лікарських засобів та Європейським директором з

якості ліків та охорони здоров'я, що наближає українську систему нагляду за якістю до світових стандартів.

Масштабних змін зазнала інформаційна архітектура медицини. Цифровізація, або побудова системи eHealth, розвивається відповідно до європейських принципів, що передбачає здатність різних медичних інформаційних систем вільно обмінюватися даними. Електронні медичні картки, цифрові рецепти та електронні направлення стали реальністю для пацієнтів та лікарів. У законах вперше з'явилося чітке визначення електронної системи охорони здоров'я як середовища, що забезпечує автоматизацію обліку послуг та безпечний обмін даними. Проте дослідник Б. О. Логвиненко вказує на суттєві труднощі на цьому шляху [88]. Тривалий час у національному науковому та нормативно-правовому масиві спостерігалася фрагментарність у використанні самого терміна eHealth, що свідчило про певне нехтування загальноновживаною європейською термінологією на початкових етапах реформи. Утім, сьогодні держава робить успішні кроки щодо побудови цієї системи, зокрема шляхом схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я 2020 року [89]. Успішне завершення цього процесу дозволить інтегрувати українську систему в єдиний європейський медичний інформаційний простір та забезпечити реалізацію права пацієнта на доступ до медичної інформації, що включає своєчасне одержання повних і достовірних відомостей про стан здоров'я, призначення, лікування та інші медичні дані.

Окремим і надзвичайно важливим аспектом застосування міжнародного права є право держави формулювати застереження під час приєднання до договорів або у разі виникнення форс-мажорних обставин. У минулому випадки внесення застережень до медичних угод часто траплялися під час ратифікації регіональних документів. Сьогодні ж головні заяви уряду до міжнародних інституцій пов'язані з наслідками збройної агресії. Через військове вторгнення Російської Федерації держава офіційно повідомила депозитаріїв низки міжнародних конвенцій, включаючи ВООЗ, про неможливість гарантувати виконання своїх зобов'язань у повному обсязі. Починаючи з 2014 року, після анексії Криму та початку бойових дій на Донбасі, уряд неодноразово надсилав офіційні ноти, в яких чітко зазначалося, що

Україна знімає з себе відповідальність за дотримання медичних та санітарних стандартів на тимчасово окупованих територіях.

Після повномасштабного вторгнення у 2022 році ці декларації були розширені. Уряд офіційно попередив міжнародну спільноту, що дія міжнародних договорів, включаючи зобов'язання за ММСП щодо виявлення та звітування про спалахи захворювань, реалізується в повному обсязі лише на підконтрольній території. На територіях, де ведуться активні бойові дії або які тимчасово окуповані Російською Федерацією, гарантувати виконання цих правил неможливо до повного припинення посягань на суверенітет та територіальну цілісність держави. Це важливий юридичний крок, який фіксує межі фактичного контролю української влади та покладає відповідальність за гуманітарну і епідеміологічну ситуацію в окупації виключно на державу-агресора згідно з нормами міжнародного права.

Під час аналізу імплементаційних процесів вітчизняні науковці фіксують низку глибоких системних проблем, з якими стикається Україна на шляху впровадження міжнародних стандартів. Дослідниця О. В. Корнілова акцентує увагу на критичному та хронічному недофінансуванні галузі. У своїх звітах Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав неодноразово звертав увагу на те, що частка ВВП, яка виділяється на медицину в Україні, є занадто низькою. На думку експертів ООН, це є прямим порушенням зобов'язання держави використовувати максимум наявних ресурсів для забезпечення права громадян на здоров'я. Уряд у своїй Національній доповіді у 2017 році брав зобов'язання підняти цей показник хоча б до 2,8% ВВП, але досягти і, головне, утримати стабільне фінансування на рівні європейських країн виявилось надзвичайно складно через нестабільність економіки та значні оборонні витрати. Такий дефіцит бюджету призводить до того, що медичним закладам не вистачає коштів на закупівлю сучасного обладнання, а лікарі часто не отримують гідної заробітної плати, що провокує відтік кваліфікованих кадрів за кордон.

Окрім хронічного недофінансування, у процесі імплементації міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я в Україні можна простежити ще кілька стійких проблем. Насамперед це неповнота правового регулювання. Частина міжнародних актів так і не була ратифікована, а окремі норми, навіть після приєднання держави до

відповідного договору, залишаються без належної деталізації у внутрішньому законодавстві. У результаті правові гарантії існують радше на рівні загальних декларацій, ніж як дієві механізми, якими реально може скористатися пацієнт. Саме на цю розбіжність між формальним визнанням стандартів і їх фактичним виконанням звертали увагу І. М. Зогий та Ю. Ю. Швець, наголошуючи, що сама ратифікація не забезпечує автоматичного впровадження правових вимог у практику.

Окремою проблемою є неповноцінний доступ до міжнародних механізмів захисту прав. Україна не приєдналася до низки факультативних процедур, які дозволяли б подавати індивідуальні або колективні скарги до міжнародних органів. Це послаблює реальний контроль за дотриманням соціальних прав, адже громадяни, профспілки та громадські організації позбавлені більш дієвого каналу реагування на системні порушення. У такій ситуації навіть критичні висновки Комітету з економічних, соціальних і культурних прав або Європейського комітету із соціальних прав мають обмежений практичний ефект, бо вони не супроводжуються достатньо сильним примусовим механізмом.

Ще один суттєвий бар'єр полягає у слабкій міжсекторальній координації. Європейська модель охорони здоров'я спирається не тільки на медичну сферу, а й на взаємодію з освітньою, соціальною, екологічною та трудовою політикою. В Україні ж така узгодженість поки що залишається частковою. Це помітно у сфері громадського здоров'я, профілактики хвороб, захисту працівників і розвитку цифрових сервісів. Без синхронної роботи різних органів влади міжнародні стандарти впроваджуються уривчасто, а окремі реформи не дають очікуваного ефекту.

Подолання виявлених інституційних та правових перешкод вимагає спільних дій парламенту і профільних міністерств. Дослідник П. В. Іванчов звертає увагу на необхідність прямої інтеграції міжнародних клінічних настанов у щоденну роботу лікарів. На практиці це проявляється у поступовому переході до принципів доказової медицини та відмові від фінансування неефективних препаратів за державні кошти. Уніфікація підходів до лікування дасть змогу раціональніше розподіляти наявні ресурси. Разом з тим суто медичних рішень бракує для забезпечення сталого

результату. Залишається гостра потреба усунути прогалини у системі міжнародного нагляду. Ратифікація Факультативного протоколу до Пакту про економічні, соціальні і культурні права та Додаткового протоколу до Європейської соціальної хартії надасть громадянам і правозахисним організаціям дієві квазісудові механізми впливу. Можливість подавати індивідуальні чи колективні скарги до міжнародних інституцій створить зовнішній тиск на органи влади. У багатьох випадках без такого контролю позитивні зміни на законодавчому рівні не отримують належного виконання.

Вирішення проблеми постійного дефіциту фінансування галузі також потребує пошуку альтернативних джерел. Науковець К. Ю. Турчин вказує на доцільність законодавчого розширення державно-приватного партнерства. Залучення інвестицій дозволить оновити обладнання та інфраструктуру лікарень без надмірного навантаження на бюджет. З часом ці заходи варто доповнити впровадженням системи медичного страхування з обов'язковим урахуванням специфіки поточної економічної ситуації в Україні.

Підсумовуючи викладене, можна помітити, що процес імплементації міжнародних медичних стандартів в Україні відзначається високою динамікою, але супроводжується значними інституційними та фінансовими викликами. Держава демонструє швидкі темпи оновлення нормативної бази під впливом євроінтеграції та активної співпраці з ВООЗ, переносючи положення європейських директив у закони про громадське здоров'я, трансплантацію та обіг лікарських засобів. Проте формальне визнання світових норм часто не гарантує їх повноцінного виконання на практиці через хронічне недофінансування галузі та відмову уряду ратифікувати механізми колективних скарг до європейських правозахисних інституцій. Для забезпечення стійкості розпочатих реформ державі потрібно усунути прогалини у законодавчому захисті прав пацієнтів та сформувати дієву модель фінансування із залученням страхових інструментів і приватних інвестицій.

Висновки до 3 розділу

У межах першого підрозділу досліджено правову природу та еволюцію міжнародних механізмів імплементації стандартів, які наразі перебувають на етапі переходу від декларативної моделі національної самооцінки до систем інституційної підзвітності. Суть отриманого результату полягає у доведенні того, що автоматична імплементація норм (як у випадку з ММСП ВООЗ) без жорстких санкційних інструментів є вразливою під час криз і загалом менш дієвою порівняно з європейською моделлю, яка підкріплена судовим контролем та інституційною відповідальністю. У роботі доведено, що через небажання держав делегувати наднаціональні повноваження, міжнародна спільнота остаточно відмовилася від ідеї створення каральних наглядових органів, обравши натомість м'який шлях дипломатичного тиску через новий Комітет з імплементації. Практична цінність цього результату полягає у формуванні актуальної теоретико-правової бази, яку можна використати для оптимізації алгоритмів взаємодії національних органів влади з наглядовими структурами ВООЗ, ООН та Ради Європи під час подолання майбутніх транскордонних загроз.

Другий підрозділ розкриває специфіку перенесення міжнародних медичних стандартів у національну правову систему України на тлі євроінтеграційних процесів. Суть результату полягає у визначенні імплементаційного розриву між високими темпами формальної адаптації актів ЄС у сфері громадського здоров'я чи обігу ліків та неможливістю їх повноцінного виконання через дефіцит фінансування. Новизна результату обґрунтовується виявленням проблем імплементації: держава оперативно переймає зовнішні технічні регламенти, проте свідомо зберігає тривалу юридичну ізоляцію від міжнародних квазісудових механізмів контролю за дотриманням соціальних прав. Практичне значення проведеного аналізу зводиться до розробки конкретних напрямів удосконалення законодавства, головними з яких визначено необхідність ратифікації Факультативного протоколу до МПЕСКП та Додаткового протоколу до ЄСХ задля розблокування процедур колективних та індивідуальних скарг.

ВИСНОВКИ

Дослідження в рамках бакалаврської роботи на тему «Роль міжнародних інституцій у формуванні міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я» дало змогу зробити такі основні висновки.

1. Розкривши теоретико-правові засади міжнародно-правового регулювання, встановлено, що правове регулювання охорони здоров'я еволюціонувало від інструментів захисту виключно колективної санітарної безпеки в епоху Середньовіччя до утвердження індивідуального права людини. Цей перехід відбувся у 1946 році з ухваленням Статуту ВООЗ. Згідно з ним, здоров'я почали тлумачити як повне фізичне та соціальне благополуччя. Сучасне міжнародне право розглядає здоров'я через правозахисну модель поваги до людської гідності. Було встановлено, що право на здоров'я належить до другого покоління прав людини (соціально-економічні та культурні права). Це право має міждисциплінарний характер та базується на дуалістичній концепції, яка поєднує негативні свободи, такі як право контролювати власне тіло та бути вільним від медичних експериментів, а також позитивні права на отримання доступу до якісних послуг без дискримінації.

2. Сформульовано поняття та виокремлено характерні ознаки міжнародних стандартів. Встановлено, що міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я являють собою сукупність закріплених у міжнародних актах уніфікованих принципів та конкретних нормативних вимог. Вони визначають мінімально необхідний обсяг прав людини у медичній сфері та слугують еталоном для формування державних політик. Дослідження термінології дозволило розмежувати суміжні поняття. Термін «право на здоров'я» охарактеризовано як широку базову категорію, що охоплює комплекс соціальних, економічних і екологічних чинників, необхідних для підтримання належного рівня здоров'я людини. Термін «право на охорону здоров'я» пов'язаний з обов'язком держави забезпечити функціонування системи медичної допомоги та створення відповідних умов для реалізації права на здоров'я, а термін «право на медичну допомогу» має вужче значення і стосується отримання безпосередньої послуги у разі хвороби. Головними специфічними ознаками цих міжнародних

стандартів виступають наукова обґрунтованість, реальність, надійність та чіткість. Вони не обмежуються лікуванням, а охоплюють профілактику, безпеку праці, санітарні умови та гігієну довкілля.

3. Досліджено багаторівневу систему джерел міжнародно-правового регулювання. Вона складається з універсальних, регіональних та спеціалізованих актів. Універсальний рівень формує базові гарантії. Він базується на документах ООН, таких як Загальна декларація прав людини 1948 року та Міжнародні пакти 1966 року. Вони закріплюють право на здоров'я як похідне від права на життя та гідність. Окрему групу складають спеціалізовані конвенції ООН для захисту жінок, дітей та осіб з інвалідністю, які деталізують заборону дискримінації у доступі до лікарень. Регіональні акти відрізняються значно більшою конкретикою, оскільки враховують економічний рівень групи країн. Їх прикладом виступає Європейська соціальна хартія 1996 року від Ради Європи. Документи Міжнародної організації праці (зокрема Рамкова конвенція про основи, що сприяють безпеці та гігієні праці 2006 року) регулюють вузькі питання і становлять спеціалізований рівень регулювання. Також проаналізовані акти неконвенційного типу неурядових організацій (Всесвітньої медичної асоціації та Міжнародного альянсу організацій пацієнтів) і визначено, що хоча ці акти не мають юридичної сили, вони безпосередньо формують новітні підходи до захисту прав пацієнтів. Разом ці джерела формують цілісний нормативний масив, що забезпечує комплексний захист прав людини у медичній сфері. Їх взаємодія відображає сучасну тенденцію до гуманізації, поступово зміщуючи головний акцент з інтересів держави на індивідуальні права, автономію та потреби кожного пацієнта.

4. З'ясовано, що Всесвітня організація охорони здоров'я є провідною міжнародною організацією, яка формує міжнародний правопорядок у сфері охорони здоров'я шляхом комплексного застосування механізмів «жорсткого» та «м'якого» права. ВООЗ формує багаторівневу систему стандартів завдяки повноваженням, закладеним у статтях 19, 21 та 23 її Статуту. Відповідно до статті 19 ухвалюються юридично обов'язкові міжнародні договори, що потребують ратифікації та

подальшої імплементації в національне законодавство (зокрема, Рамкова конвенція із боротьби проти тютюну 2003 р. та Угода про пандемію 2025 р.). Згідно зі статтею 21 Асамблея ухвалює регламенти, які набувають обов'язкової юридичної сили для держав-членів за принципом мовчазної згоди без проходження процедури ратифікації, забезпечуючи уніфікацію міжнародних санітарно-карантинних вимог та клінічної номенклатури (Міжнародні медико-санітарні правила 2005 р., Міжнародна класифікація хвороб). Проте найбільший масив стандартів формується через рекомендації за статтею 23 Статуту. Для забезпечення їх якості ВООЗ використовує сувору методологію оцінки доказів GRADE. Через поєднання обов'язкових норм та рекомендаційних актів ВООЗ здійснює гармонізацію національних політик, формуючи єдиний міжнародний медико-правовий простір для забезпечення фундаментального права людини на найвищий досяжний рівень здоров'я.

5. Встановлено специфіку діяльності Ради Європи та Європейського Союзу, які спільно формують комплексну регіональну систему європейських стандартів охорони здоров'я. Їхні підходи суттєво відрізняються, але системно взаємодоповнюють один одного. Рада Європи закладає правозахисну та біоетичну основу: Конвенція про права людини та біомедицину 1997 року (Ов'єдська конвенція) встановила базові межі медичного втручання, практика Європейського суду з прав людини розширила тлумачення статей 2, 3 та 8 ЄКПЛ для захисту медичної конфіденційності й автономії, а ЄСХ закріпила здоров'я як комплексне соціальне право. При цьому РЄ продовжує розвивати стандарти, переходячи від суто рекомендаційних норм до криміналізації загроз (Конвенція про підроблення медичної продукції) та оновлюючи підходи до захисту вразливих груп (нова Рекомендація 2024 року щодо психічного здоров'я). Зі свого боку, Європейський Союз, поважаючи національний суверенітет держав щодо внутрішньої організації медичних систем (ст. 168 ДФЄС), забезпечує практичну реалізацію стандартів шляхом прийняття обов'язкових актів: від забезпечення мобільності пацієнтів (Директива 2011/24/ЄС) та централізованого реагування на пандемічні кризи (Регламент 2022/2371) до гарантування інформаційної безпеки (GDPR) і

реформування фармацевтичного сектору та обігу речовин людського походження (Регламент 2024/1938). Показовим прикладом інтеграції є розроблена Радою Європи Європейська фармакопея, яка стала обов'язковою юридичною вимогою для ринку ЄС. Отже, Рада Європи та Європейський Союз формують європейську систему права на охорону здоров'я, у межах якої універсальні міжнародні стандарти конкретизуються та розвиваються шляхом поєднання фундаментальних прав людини та біоетики з економічним, безпековим і технологічним регулюванням.

6. Виявлено особливості механізмів міжнародного нагляду за впровадженням медичних стандартів та надано оцінку їхній ефективності в умовах криз. Дослідження доводить, що традиційна архітектура моніторингу ВООЗ виявилася слабкою під час пандемії COVID-19. Головний недолік полягав у надмірній залежності від самооцінки держав. Інструменти SPAR та JEE фіксували формальну наявність нормативних документів, але ігнорували рівень суспільної довіри до влади та спроможність урядів ухвалювати оперативні рішення. Крім того, Секретаріат ВООЗ був позбавлений мандата на проведення незалежних інспекцій без запрошення уряду, що дозволяло окремим країнам приховувати реальні масштаби спалахів захворювань та нехтувати вимогами Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП). На рівні ООН та Ради Європи Комітет з економічних, соціальних і культурних прав та Європейський комітет із соціальних прав також не змогли ефективно протидіяти несправедливому розподілу вакцин, оскільки їхні висновки мають переважно дорадчий характер і не підкріплені механізмами економічних чи політичних санкцій. Для вирішення цих проблем пропонується змінити підхід до нагляду. Практика доводить, що добровільні звіти необхідно доповнити обов'язковими зовнішніми аудитами. Ухвалені у 2024 році поправки до ММСП стали ефективними, зокрема завдяки створенню Комітету держав-учасниць з імплементації ММСП. Проте цей орган діє у консультативній манері. Тому пропонується запровадити пряму залежність між рівнем дотримання санітарних вимог та доступом до фінансування з нового Координаційного фінансового механізму. Держави, які відмовляються надавати епідеміологічні дані або блокують роботу міжнародних

експертів, повинні бути обмежені в отриманні ресурсів. Також ВООЗ має отримати повноваження ініціювати публічні розслідування на основі даних з відкритих джерел і супутникового моніторингу навіть без формальної згоди національного уряду, щоб забезпечити своєчасне інформування глобальної спільноти про нові загрози.

7. Розглянуто стан та проблеми імплементації міжнародних стандартів охорони здоров'я у законодавство України. Встановлено наявність вираженого імплементаційного розриву. З одного боку, держава демонструє високі темпи імплементації технічних регламентів ЄС - виконання зобов'язань за Угодою про асоціацію у сфері громадського здоров'я досягає 88%. Ухвалено євроінтеграційні закони щодо системи громадського здоров'я, лікарських засобів та донорства крові. З іншого боку, реальне виконання цих норм блокується двома головними недоліками. Першим недоліком є хронічне недофінансування медичної галузі, яке не досягає необхідного мінімуму у 2,8% ВВП, що призводить до браку обладнання та відтоку кадрів. Другим системним недоліком є свідомо юридична ізоляція від міжнародних квазісудових механізмів контролю. Україна ратифікувала ЄСХ та МПЕСКП, але відмовилася визнавати процедури колективних та індивідуальних скарг, а також досі не ратифікувала Ов'єдську конвенцію. Для вирішення цих проблем пропонуються такі конкретні заходи. Парламент повинен ратифікувати Факультативний протокол до МПЕСКП та Додатковий протокол до ЄСХ – це розблокує право громадян та професійних спілок подавати прямі скарги до міжнародних органів, що створить необхідний зовнішній тиск на органи виконавчої влади для забезпечення медичних стандартів. Крім цього, необхідно внести доповнення до Конституції України (ст. 28 варто доповнити гарантією права тяжкохворих пацієнтів уникати страждань та правом на смерть із гідністю, а ст. 49 доповнити нормою про право на компенсацію шкоди через недбалість медичних працівників). Для подолання фінансового дефіциту пропонується на законодавчому рівні розширити механізми державно-приватного партнерства в управлінні державними лікарнями. Поєднання цих кроків забезпечить перехід від формальної імплементації міжнародних норм до дійсного захисту прав пацієнтів в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) [Електронний ресурс] : E/C.12/2000/4 / UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. — Режим доступу: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf> (дата звернення: 29.04.2026)
2. Constitution of the World Health Organization [Електронний ресурс] / World Health Organization. — Режим доступу: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/basic-documents-constitution-of-who.pdf> (дата звернення: 29.04.2026)
3. Москаленко В. Ф. Регламентация права на охрану здоров'я у міжнародних нормативно-правових актах [Електронний ресурс] / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Г. В. Іншакова // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 17–18 квіт. 2008 р.). — Львів, 2008. — Режим доступу: https://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_186.pdf (дата звернення: 29.04.2026)
4. Human Rights-Based Approach [Електронний ресурс] // United Nations Sustainable Development Group : [офіц. вебсайт]. — Режим доступу: <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach> (дата звернення: 29.04.2026)
5. Human rights and health [Електронний ресурс] : fact sheet // World Health Organization : [офіц. вебсайт]. — Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (дата звернення: 29.04.2026)
6. Кадуха І. В. Право на охорону здоров'я в системі соціальних прав людини [Електронний ресурс] / І. В. Кадуха // Наук. вісн. Ужгород. нац. ун-ту. Сер. : Право. — 2024. — Вип. 81, т. 3. — С. 313–317. — Режим доступу: [75](https://visnyk-</div><div data-bbox=)

pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/302360/294391. – DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.81.3.47>. (дата звернення: 29.04.2026)

7. Скалецька З. С. Співвідношення права на охорону здоров'я та права на медичну допомогу [Електронний ресурс] / З. С. Скалецька // Наук. зап. НаУКМА. Юрид. науки. – 2009. – Т. 90. – С. 91–93. – Режим доступу: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/5d631d6c-8467-4b5d-b281-d65e0c1e7f23/content>. (дата звернення: 29.04.2026)

8. Назарко Ю. В. Міжнародно-правові стандарти права на охорону здоров'я [Електронний ресурс] / Ю. В. Назарко // Альманах міжнародного права. – 2017. – Вип. 18. – С. 70–76. – Режим доступу: <https://inlawalmanac.mgu.od.ua/v18/11.pdf>. (дата звернення: 29.04.2026)

9. Басова І. Міжнародні стандарти прав людини у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] / І. Басова // Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Юридичні науки. – 2021. – Вип. 1 (60). – С. 5–10. – Режим доступу: <https://journals.maup.com.ua/index.php/law/article/view/1222/1720>. (дата звернення: 29.04.2026)

10. Рабінович П. М. Міжнародні стандарти прав людини: властивості, загальне поняття, класифікація [Електронний ресурс] / П. М. Рабінович // Вісник Національної академії правових наук України. — 2016. — № 1 (84). — С. 19–28. — Режим доступу: https://visnyk.kh.ua/web/uploads/pdf/ilovepdf_com-19-29.pdf (дата звернення: 29.04.2026)

11. Путраймс І. І. Ефективність імплементації міжнародних стандартів прав людини у законодавство України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 12.00.11 «Міжнародне право» / І. І. Путраймс. — К., 2013. — 20 с.

12. Капітан О. І. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я: проблеми імплементації у національне законодавство України [Електронний ресурс] / О. І. Капітан // Юрид. наук. електрон. журн. — 2024. — № 10. — С. 516–518. — URL: http://www.lsej.org.ua/10_2024/121.pdf (дата звернення: 29.04.2026)

13. Загальна декларація прав людини (рос/укр) : Декларація Орг. Об'єдн. Націй від 10.12.1948. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text (дата звернення: 29.04.2026)

14. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. *Офіційний вебпортал парламенту України.* URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text (дата звернення: 29.04.2026)

15. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права : Пакт Орг. Об'єдн. Націй від 16.12.1966 : станом на 19 жовт. 1973 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043#Text (дата звернення: 29.04.2026)

16. Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації : Конвенція Орг. Об'єдн. Націй від 21.12.1965 : станом на 4 лют. 1994 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_105#Text (дата звернення: 29.04.2026)

17. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (укр/рос) : Конвенція Орг. Об'єдн. Націй від 18.12.1979 : станом на 6 жовт. 1999 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text (дата звернення: 29.04.2026)

18. Конвенція про права дитини : Конвенція Орг. Об'єдн. Націй від 20.11.1989 : станом на 16 листоп. 2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text (дата звернення: 29.04.2026)

19. Конвенція про права осіб з інвалідністю : Конвенція Орг. Об'єдн. Націй від 13.12.2006 : станом на 19 черв. 2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення: 29.04.2026)

20. Shelever N. The system of international legal standards in the medical sphere: Universal and regional dimensions [Електронний ресурс] / N. Shelever, S. Hretsa, V. Svyshcho, I. Rushchak // Wiadomości Lekarskie. – 2025. – Vol. 78, iss. 10. – P. 2209–2215. – Режим доступу: <https://www.wiadoscilekarskie.pl/pdf-213597-133164?filename=The%20system%20of.pdf> (дата звернення: 29.04.2026)

21. Конвенція про основи, що сприяють безпеці та гігієні праці N 187 : Конвенція Міжнар. орг. пр. від 15.06.2006 № 187.

URL: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@lab_admin/documents/genericdocument/wcms_752043.pdf (дата звернення: 29.04.2026)

22. Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта : Декларація Всесвіт. мед. асоц. від 01.10.1981. URL: https://medicallaw.org.ua/uploads/media/Mijn_Stand_2.pdf (дата звернення: 29.04.2026)

23. Декларація про медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта : від 24.02.2006 р. / Міжнар. альянс орг. пацієнтів. — URL: <https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Declaration%20on%20Patient-Centred%20Healthcare%20Poster.pdf> (дата звернення: 29.04.2026)

24. Constitution of the World Health Organization [Електронний ресурс] // World Health Organization : [офіц. вебсайт]. — Режим доступу: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (дата звернення: 29.04.2026)

25. Constitution of the World Health Organization [Електронний ресурс] // World Health Organization. — Режим доступу: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. (дата звернення: 29.04.2026)

26. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну (укр/рос) : Конвенція Всесвіт. орг. охорони здоров'я від 21.05.2003 : станом на 15 берез. 2006 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_001#Text (дата звернення: 29.04.2026)

27. WHO pandemic agreement [Електронний ресурс] // World Health Organization : [офіц. вебсайт]. — Режим доступу: https://www.who.int/health-topics/who-pandemic-agreement#tab=tab_1 (дата звернення: 29.04.2026)

28. World Health Organization Regulations No. 1 regarding nomenclature (including the compilation and publication of statistics) with respect to diseases and causes of death [Електронний ресурс] : Adopted by the first World Health Assembly, at Geneva, on 24 July 1948 // United Nations Treaty Collection : [офіц. вебпортал]. — Режим доступу: <https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/Volume%2066/volume-66-I-847-English.pdf> (дата звернення: 29.04.2026)

29. МКХ-11: що нового? [Електронний ресурс] // Український інститут політики громадського здоров'я : [офіц. вебсайт]. — Режим доступу:

<https://www.uiphp.org.ua/uk/hromadske-zdorovia/podii-ta-anonsy/item/363-mkxh11-shcho-novo> (дата звернення: 29.04.2026)

30. Іванчов П. В. Міжнародні стандарти забезпечення охорони здоров'я: орієнтири для України [Електронний ресурс] / П. В. Іванчов // Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Економіка і управління. — 2020. — Т. 31 (70), № 6. — Режим доступу : https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/31_70_6/40.pdf (дата звернення: 29.04.2026)

31. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision [Електронний ресурс] / World Health Organization. — Geneva : WHO, 2022. — Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582353/> (дата звернення: 30.04.2026)

32. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility [Електронний ресурс] / World Health Organization. — Geneva : WHO, 2025. — Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115774> (дата звернення: 30.04.2026)

33. ВООЗ опублікувала нові глобальні рекомендації щодо створення здорового харчування у школах [Електронний ресурс] // LabStar : [сайт]. — Режим доступу: <https://labstar.com.ua/posts/vooz-opublikovala-novi-globalni-rekomendaciyi-shhodo-stvorennia-zdorovogo-seredovishha-xarcuvannia-u-skolax> (дата звернення: 30.04.2026)

34. Code and subsequent resolutions [Електронний ресурс] / World Health Organization. — Електрон. текст. дані. — Geneva : WHO, 2026. — Режим доступу: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions> (дата звернення: 30.04.2026)

35. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Електронний ресурс] / World Health Organization. — Електрон. текст. дані. — Geneva : WHO, 2010. — Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-code-of-practice-on-the-international-recruitment-of-health-personnel> (дата звернення: 30.04.2026)

36. Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations [Електронний ресурс] / World Health Organization // World Health Organization : [офіц.

вебсайт]. — Електрон. текст. дані. — Режим доступу: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards-for-pharmaceuticals/expert-committee-on-specifications-for-pharmaceutical-preparations> (дата звернення: 30.04.2026)

37. The International Pharmacopoeia [Електронний ресурс] / World Health Organization // World Health Organization : [офіц. вебсайт]. — Електрон. текст. дані. — Режим доступу: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards-for-pharmaceuticals/international-pharmacopoeia> (дата звернення: 30.04.2026)

38. Expert Committee on Biological Standardization [Електронний ресурс] / World Health Organization // World Health Organization : [офіц. вебсайт]. — Електрон. текст. дані. — Режим доступу: <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-biological-standardization> (дата звернення: 30.04.2026)

39. Гольденберг Т. В. Правовий статус Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс] : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.11 / Т. В. Гольденберг ; Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.». — Одеса, 2019. — 242 с. — Режим доступу: <https://dspace.onua.edu.ua/server/api/core/bitstreams/563420c2-ee53-4c8d-8467-a3b796ab23bc/content> (дата звернення: 30.04.2026)

40. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні : дис. канд. юрид. наук : 12.00.01; Львівський національний університет імені Івана Франка. Львів, 2006. 202 с.

41. Права людини у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] : практ. посіб. / за наук. ред. І. Сенюти. — Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. — 552 с. — Режим доступу: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/59843f62-12f9-4890-81c3-78cd82bb714e/Practitioner-Guide-Ukraine-Ukrainian-20130516.pdf> (дата звернення: 30.04.2026)

42. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину : Конвенція Ради Європи від 04.04.1997 : станом на 25 січ. 2005 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text (дата звернення: 30.04.2026)

43. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод : Конвенція Ради Європи від 04.11.1950 : станом на 1 серп. 2021 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text (дата звернення: 30.04.2026)
44. Європейська конвенція про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню : Конвенція Ради Європи від 26.11.1987 : станом на 24 січ. 1997 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_068#Text (дата звернення: 30.04.2026)
45. Європейська соціальна хартія (переглянута) : Хартія Ради Європи від 03.05.1996 : станом на 7 верес. 2016 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text (дата звернення: 30.04.2026)
46. Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я : Конвенція Ради Європи від 28.10.2011 : станом на 7 черв. 2012 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_a91#Text (дата звернення: 30.04.2026)
47. Negative opinion on draft Additional Protocol to the Oviedo Convention a win for disability rights [Електронний ресурс] // European Disability Forum : [офіц. сайт]. — Електрон. текст. дані. — Режим доступу: <https://www.edf-feph.org/negative-opinion-on-draft-additional-protocol-to-the-oviedo-convention-a-win-for-disability-rights/> (дата звернення: 30.04.2026)
48. Draft Recommendation on respect for autonomy in mental healthcare [Електронний ресурс] / Steering Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health (CDBIO) // Council of Europe : [офіц. сайт]. — Електрон. текст. дані. — Режим доступу: <https://rm.coe.int/steering-committee-for-human-right-in-the-fields-of-biomedicine-and-he/1680b32932> (дата звернення: 30.04.2026)
49. European Pharmacopoeia – New online-only 12th Edition [Електронний ресурс] // European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) : [офіц. сайт]. — Електрон. текст. дані. — Режим доступу: <https://www.edqm.eu/en/european-pharmacopoeia-new-online-only-12th-edition> (дата звернення: 30.04.2026)

50. Консолідовані версії Договору про Європейський Союз та Договору про функціонування Європейського Союзу з протоколами та деклараціями : Договір Європ. Союзу від 07.02.1992 : станом на 30 берез. 2010 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b06#Text (дата звернення: 30.04.2026)

51. Regulation (EU) 2022/2371 of the European Parliament and of the Council of 23 November 2022 on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013/EU [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://data.europa.eu/eli/reg/2022/2371/oj> (дата звернення: 30.04.2026)

52. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj> (дата звернення: 30.04.2026)

53. Регламент Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2016/679 від 27 квітня 2016 року про захист фізичних осіб у зв'язку з опрацюванням персональних даних і про вільний рух таких даних, та про скасування Директиви 95/46/ЄС (Загальний регламент про захист даних) : Регламент Європ. Союзу від 27.04.2016 № 2016/679. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_008-16#Text (дата звернення: 30.04.2026)

54. Council Directive 2010/32/EU of 10 May 2010 implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU [Електронний ресурс] // EUR-Lex : Access to European Union law. — Режим доступу: <http://data.europa.eu/eli/dir/2010/32/oj> (дата звернення: 30.04.2026)

55. Reform of the EU pharmaceutical legislation [Електронний ресурс] // European Commission : [офіційний вебсайт]. — Режим доступу: https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/reform-eu-pharmaceutical-legislation_en (дата звернення: 30.04.2026)

56. Regulation (EU) 2024/1938 of the European Parliament and of the Council of 13 June 2024 on standards of quality and safety for substances of human origin intended for human application and repealing Directives 2002/98/EC and 2004/23/EC [Електронний

ресурс] // EUR-Lex : Access to European Union law. — Режим доступу: <http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1938/oj> (дата звернення: 30.04.2026)

57. Gostin L. O. The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security / L. O. Gostin, R. Katz // The Milbank Quarterly. — 2016. — Vol. 94, N 2. — P. 264–313. — Режим доступу: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4911720/> (дата звернення: 30.04.2026)

58. Committee on Economic, Social and Cultural Rights // Center for Global Law and Justice. — Режим доступу: <https://cglj.org/human-rights-oversight/united-nations/un-treaty-bodies/committee-on-economic-social-and-cultural-rights/> (дата звернення: 30.04.2026)

59. Reporting guidelines // United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. — Режим доступу: <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/cescr/reporting-guidelines> (дата звернення: 30.04.2026)

60. The European Social Charter [Електронний ресурс] // Corporate Accountability for Human Rights Abuses : [вебсайт] / FIDH. — Електрон. дані. — Режим доступу : <https://corporateaccountability.fidh.org/the-guide/intergovernmental-mechanisms/regional-mechanisms/in-europe/the-european-social-charter/> (дата звернення: 30.04.2026)

61. Stone A. B. Lack of Alignment Between WHO Joint External Evaluation and State Party Self-Assessment Scores Undermines Utility as Evaluation Tools for the Department of Defense [Електронний ресурс] / A. B. Stone, A. L. Weg, S. R. Petzing [et al.] // Health Security. — 2022. — Vol. 20, iss. 4. — P. 321–330. — Електрон. версія друк. публ. — Режим доступу : https://www.researchgate.net/publication/362282242_Lack_of_Alignment_Between_WHO_Joint_External_Evaluation_and_State_Party_Self-Assessment_Scores_Undermines_Utility_as_Evaluation_Tools_for_the_Department_of_Defense (дата звернення: 30.04.2026)

62. Mapping the international health regulations monitoring and evaluation framework: an expert consultation, triangulation crosswalk and quantitative analysis / R. Nguni, N. Kandel, C. Bell [et al.] // BMJ Glob. Health. — 2024. — Vol. 9, iss. 6. — P.

https://www.researchgate.net/publication/381216284_Mapping_the_international_health_regulations_monitoring_and_evaluation_framework_an_expert_consultation_triangular_crosswalk_and_quantitative_analysis (дата звернення: 30.04.2026)

63. Global Preparedness Monitoring Board : [офіційний сайт]. — Режим доступу: <https://www.gpmb.org/> (дата звернення: 30.04.2026)

64. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic / J. Sachs, S. Karim, L. Akinin [et al.] // The Lancet. — 2022. — Vol. 400. — P. 1224–1280. — Режим доступу: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01585-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01585-9/fulltext) (дата звернення: 30.04.2026)

65. Learning from COVID-19: A Systematic Review of the IHR-SPAR Framework's Role in the Pandemic Response / I. Santalucia, M. Sorrentino, C. Fiorilla [et al.] // Int. J. Environ. Res. Public Health. — 2025. — Vol. 22. — P. 695. — Режим доступу: <https://doi.org/10.3390/ijerph22050695> (дата звернення: 30.04.2026)

66. Habibi R. The 2024 Amendments to the International Health Regulations: A New Era for Global Health Law in Pandemic Preparedness and Response? / R. Habibi, M. Eccleston-Turner, G. L. Burci // Journal of Law, Medicine & Ethics. — 2025. — Vol. 53, no. S1. — P. 47–50. — Режим доступу: <https://doi.org/10.1017/jme.2025.16> (дата звернення: 30.04.2026)

67. Forman L. How Did Human Rights Fare in Amendments to the International Health Regulations? / L. Forman, J. Bueno de Mesquita, L. Bottini Filho [et al.] // Journal of Law, Medicine & Ethics. — 2024. — Vol. 52, no. 4. — P. 907–921. — Режим доступу: <https://doi.org/10.1017/jme.2024.172> (дата звернення: 30.04.2026)

68. Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly // The Lancet. — 2020. — Vol. 396, no. 10257. — P. 1102–1124. — Режим доступу: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7489891/> (дата звернення: 30.04.2026)

69. Конституція України : від 28.06.1996 № 254к/96-ВР : станом на 1 січ. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 30.04.2026)

70. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII : станом на 11 лют. 2026 р.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 30.04.2026)

71. Зогий І. М. Міжнародно-правові стандарти медичної допомоги та законодавство України / І. М. Зогий // Актуальні проблеми держави і права. – 2011. – Вип. 57 (38). – С. 261–268.

72. Швець Ю. Ю. Міжнародні стандарти конституційного права особи на охорону здоров'я та їх врахування у Конституції України [Електронний ресурс] / Ю. Ю. Швець // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2018. – Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/a3d343a7-bc33-4f60-9e52-df3ce75f6881/content> (дата звернення: 30.04.2026)

73. Баришніков М. Р. Міжнародне медичне право та його вплив на медичне законодавство України / М. Р. Баришніков // Ліки України. – 2008. – № 6. – С. 188–190.

74. Ukraine and the European Social Charter [Електронний ресурс] // Council of Europe : [офіційний вебсайт]. – Режим доступу: <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/ukraine> (дата звернення: 30.04.2026)

75. European Committee of Social Rights Conclusions 2023. Ukraine [Електронний ресурс] // Council of Europe. – Режим доступу: <https://rm.coe.int/european-committee-of-social-rights-conclusions-2023-ukraine/1680b11a8c> (дата звернення: 30.04.2026)

76. 3 квітня 1948 року Україна приєдналася до Статуту ВООЗ [Електронний ресурс] // Дніпровська районна в місті Києві державна адміністрація : [офіц. вебпортал]. — Режим доступу: <https://dnipr-2023.kyivcity.gov.ua/news/29883.html> (дата звернення: 30.04.2026)

77. Health emergency in Ukraine and refugee receiving and hosting countries, stemming from the Russian Federation's aggression [Електронний ресурс] : 75th World Health Assembly, draft resol. A75/A/CONF./6, 23 May 2022 / World Health Organization. — Geneva : WHO, 2022. — Режим доступу: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_ACONF6-en.pdf (дата звернення: 30.04.2026)

78. Health emergency in Ukraine and refugee-receiving and -hosting countries, stemming from the Russian Federation's aggression [Електронний ресурс] : 77th World Health Assembly, draft dec. A77/A/CONF./6, 29 May 2024 / World Health Organization. — Geneva : WHO, 2024. — Режим доступу: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_ACONF6-en.pdf (дата звернення: 30.04.2026)

79. Стратегія співробітництва ВООЗ з Україною на період до 2030 року [Електронний ресурс]. — Копенгаген : Європ. регіон. бюро ВООЗ, 2024. — Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. — Режим доступу: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-9329-49101-73236> (дата звернення: 30.04.2026)

80. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) : Закон України від 30.03.2020 № 539-IX : станом на 29 груд. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-20#Text> (дата звернення: 30.04.2026)

81. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони : Угода Україна від 27.06.2014 : станом на 14 жовт. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text (дата звернення: 30.04.2026)

82. Україна виконала 81 % зобов'язань за Угодою про асоціацію [Електронний ресурс] // Кабінет Міністрів України : єдиний вебпортал органів виконав. влади України. — Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/ukraina-vykonala-81-zoboviazan-za-uhodoiu-pro-asotsiatsiiu> (дата звернення: 30.04.2026)

83. Підсумки року: євроінтеграція у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] // М-во охорони здоров'я України : офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/pidsumki-roku-yevrointegraciya-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення: 30.04.2026)

84. Чуприна С. Л. Впровадження європейських практик в українську систему охорони здоров'я [Електронний ресурс]/ С. Л. Чуприна // Інклюзивна економіка. — 2025. — № 4 (10). — Режим доступу:

https://journals.kpdi.in.ua/index.php/inclusive_economics/article/view/330 (дата звернення: 30.04.2026)

85. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року [Електронний ресурс] // М-во охорони здоров'я України : [офіц. вебсайт]. — Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/nacionalna-strategija-kontrolju-onkologichnih-zahvorjuvan-do-2030-roku> (дата звернення: 30.04.2026)

86. Директива Європейського Парламенту і Ради 2002/98/ЄС від 27 січня 2003 року про встановлення стандартів якості та безпечності для заготівлі, тестування, переробки, зберігання і розподілу крові людини та її компонентів та внесення змін і доповнень до Директиви 2001/83/ЄС : Директива Європ. Союзу від 27.01.2003 № 2002/98/ЄС. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_009-03#Text (дата звернення: 30.04.2026)

87. Про створення Експертної Ради стандартизації і технічного регулювання з розробки та впровадження належної виробничої (GMP), дистрибуторської (GDP), лабораторної (GLP) та клінічної (GCP) практик : Наказ М-ва охорони здоров'я України від 13.03.2008 № 127. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0127282-08#Text> (дата звернення: 30.04.2026)

88. Логвиненко Б. О. Поняття «e-Health» в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Б. О. Логвиненко // Медичне право. – 2016. – № 2 (18). – С. 11–17. – Режим доступу : https://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/Logvynenko_ukr.PDF (дата звернення: 30.04.2026)

89. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р : станом на 6 верес. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#Text> (дата звернення: 30.04.2026)

90. Програма III Студентської наукової конференції «Міжнародне та публічне право: перспективи та виклики», 21 травня 2026 року, м. Київ / Київський столичний університет імені Бориса Грінченка. URL:

https://fpmv.kubg.edu.ua/images/stories/Departaments/1_kmpeei/Naukovi_zaxodu/Prohrama_stud_konf_2026.pdf (дата звернення: 01.06.2026).

01.05.2026