

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:

ПОНЯТТЯ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА ЯК ГАЛУЗІ
СУЧАСНОГО МІЖНАРОДНОГО ПРАВА

Здобувачки 4 курсу

денної форми навчання

Горбунової Валерії Сергіївни

Науковий керівник:

Пироговська В. О., к.ю.н., доцент

Київ – 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА	10
1.1. Передумови виникнення та етапи становлення міжнародного медичного права	10
1.2. Поняття та предмет міжнародного медичного права	17
1.3. Місце міжнародного медичного права в системі сучасного міжнародного права	21
РОЗДІЛ 2. ДЖЕРЕЛА ТА ПРИНЦИПИ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА	27
2.1. Міжнародні договори як основне джерело міжнародного медичного права	27
2.2. Роль міжнародних організацій у формуванні норм міжнародного медичного права	33
2.3. Загальні та спеціальні принципи міжнародного медичного права	38
РОЗДІЛ 3. ІНСТИТУЦІЙНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА (НА ПРИКЛАДІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ)	45
3.1. Міжнародні механізми співробітництва у сфері охорони здоров'я в системі сучасного міжнародного права	45
3.2. Інституційна система реалізації міжнародного медичного права в Європейському Союзі	49
3.3. Практика застосування міжнародного медичного права в державах Європейського Союзу в умовах пандемій та надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я	54
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТКИ	68

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

COVID-19 – коронавірусна хвороба 2019 року (від англ. Coronavirus Disease 2019)

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЄС – Європейський Союз

ММП – Міжнародне приватне право

ММСП – Міжнародні медико-санітарні правила

СОТ – Світова організація торгівлі

НУО – Неурядові організації

ECDC – Європейський центр профілактики та контролю захворювань

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний етап розвитку міжнародних відносин відзначається посиленням взаємозалежності держав у різних сферах суспільного життя, зокрема і в галузі охорони здоров'я. Процеси глобалізації, активний розвиток транспортних систем, зростання міграції населення та розширення міжнародної співпраці спричинили те, що загрози здоров'ю набули глобального, транскордонного характеру і вже не можуть ефективно вирішуватися виключно на національному рівні. Пандемія COVID-19 у 2020–2022 роках стала яскравим підтвердженням вразливості світової спільноти до інфекційних викликів, а також продемонструвала обмеженість наявних міжнародних механізмів реагування у сфері охорони здоров'я. Водночас цей досвід підкреслив необхідність удосконалення міжнародно-правового регулювання у цій сфері та зумовив переосмислення сутності відповідної галузі права.

Особливої гостроти проблематика міжнародного медичного права набуває в умовах збройних конфліктів та воєнного стану. Повномасштабне збройне вторгнення Російської Федерації проти України, розпочате 24 лютого 2022 року, поставило перед міжнародним співтовариством та вітчизняною правовою наукою цілу низку надзвичайно актуальних питань, безпосередньо пов'язаних із міжнародним медичним правом. Систематичні удари по об'єктах медичної інфраструктури України - лікарнях, пологових будинках, медичних складах - грубо порушують норми міжнародного гуманітарного права та міжнародного медичного права, що гарантують захист медичних закладів, персоналу і пацієнтів в умовах збройного конфлікту. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, з початку повномасштабного вторгнення в Україні зафіксовано сотні атак на заклади охорони здоров'я, що є одним із найбільших показників у світі за відповідний період.

Воєнний стан в Україні обнажив критичні прогалини як у системі міжнародно-правового захисту медичної сфери в умовах збройного конфлікту, так і в механізмах міжнародного реагування на порушення норм міжнародного

медичного права. Постає питання про ефективність існуючих міжнародних інструментів - Женевських конвенцій та додаткових протоколів до них, резолюцій Ради Безпеки ООН, механізмів ВООЗ - у забезпеченні реального захисту права на охорону здоров'я в умовах активних бойових дій. Водночас міжнародне співтовариство зіштовхнулося з необхідністю термінової організації медичної допомоги мільйонам вимушених переселенців з України, що актуалізувало питання про міжнародно-правове регулювання транскордонного надання медичної допомоги та координації гуманітарних медичних місій.

Не менш важливим є питання про відповідальність за порушення норм міжнародного медичного права в умовах збройного конфлікту. Цілеспрямовані удари по медичних об'єктах, перешкоджання евакуації поранених та хворих, використання медичних закладів у військових цілях - усі ці дії є серйозними порушеннями міжнародного права, однак міжнародно-правові механізми притягнення до відповідальності за такі порушення залишаються недостатньо розробленими як у нормативному, так і в доктринальному плані. Досвід України, таким чином, має не лише практичне, а й значне наукове значення для розвитку міжнародного медичного права.

Міжнародне медичне право як сукупність норм, що регулюють міжнародні відносини у сфері охорони здоров'я, формується на перетині кількох традиційних галузей міжнародного права - права прав людини, міжнародного гуманітарного права, міжнародного екологічного права, права міжнародних організацій. Саме ця міждисциплінарна природа обумовлює складність визначення його поняття, предмета та місця в системі сучасного міжнародного права. Незважаючи на те, що міжнародно-правове регулювання охорони здоров'я має тривалу історію - перші міжнародні санітарні конвенції були укладені ще в середині XIX століття - питання про самостійний галузевий статус міжнародного медичного права залишається дискусійним у доктрині міжнародного права і сьогодні.

Актуальність дослідження обумовлена також стрімким розвитком нормативної бази міжнародного медичного права в останні десятиліття. Прийняття Міжнародних медико-санітарних правил у редакції 2005 року,

Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну 2003 року, численних регіональних документів у сфері охорони здоров'я, а також активізація нормотворчої діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я та Європейського Союзу у відповідній сфері - усе це свідчить про інтенсивний розвиток міжнародного медичного права як правової системи, яка потребує комплексного наукового осмислення. Особливого значення набуває дослідження інституційних механізмів реалізації норм міжнародного медичного права, зокрема на прикладі Європейського Союзу, що є найбільш розвиненою регіональною системою з питань охорони здоров'я.

Для України зазначена проблематика є особливо важливою в контексті євроінтеграційного курсу держави та умов воєнного стану. Адаптація українського законодавства у сфері охорони здоров'я до стандартів ЄС, участь України в міжнародних механізмах співробітництва у відповідній сфері, а також необхідність формування ефективних правових механізмів захисту медичної інфраструктури та медичного персоналу в умовах збройного конфлікту потребують чіткого розуміння правової природи та системи міжнародного медичного права. Таким чином, дослідження поняття міжнародного медичного права як галузі сучасного міжнародного права є актуальним як з теоретичної, так і з практичної точки зору, а українські реалії надають цьому дослідженню особливої наукової та суспільної значущості.

Ступінь дослідженості теми. У зарубіжній доктрині питання міжнародного медичного права **досліджували такі вчені**, як Д. Фіддлер, А. Тейлор, Л. Госін, Б. Тоебе, С. Гроссман та інші, які зробили значний внесок у розробку концептуальних засад цієї галузі. У вітчизняній науці міжнародного права окремі аспекти міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я розглядалися у працях О. Міклашевської, С. Сенюти, а також у контексті більш широких досліджень права міжнародних організацій та права прав людини. Водночас комплексного монографічного дослідження поняття, предмета та місця міжнародного медичного права в системі сучасного міжнародного права у

вітчизняній правовій науці досі не проводилося, що підтверджує наукову новизну та практичну значущість обраної теми.

Метою бакалаврської роботи є здійснити комплексний міжнародно-правовий аналіз поняття, предмета та системних характеристик міжнародного медичного права, визначити його місце в системі сучасного міжнародного права та дослідити інституційні механізми його реалізації на прикладі Європейського Союзу.

Для досягнення зазначеної мети поставлено такі **завдання:**

– дослідити передумови виникнення та основні етапи становлення міжнародного медичного права як самостійної системи міжнародно-правового регулювання;

– розкрити поняття та предмет міжнародного медичного права, визначити його сутнісні характеристики;

– встановити місце міжнародного медичного права в системі сучасного міжнародного права та його співвідношення з суміжними галузями;

– проаналізувати міжнародні договори як основне джерело міжнародного медичного права та визначити їхнє значення для формування галузевої нормативної бази;

– виявити роль міжнародних організацій, передусім Всесвітньої організації охорони здоров'я, у формуванні норм міжнародного медичного права;

– визначити та систематизувати загальні та спеціальні принципи міжнародного медичного права;

– розглянути міжнародні механізми співробітництва у сфері охорони здоров'я в контексті системи сучасного міжнародного права;

– дослідити інституційну систему реалізації міжнародного медичного права в Європейському Союзі;

– проаналізувати практику застосування норм міжнародного медичного права в державах ЄС в умовах пандемій та надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є міжнародні правовідносини, що виникають між суб'єктами міжнародного права у сфері охорони здоров'я, їх правова природа та особливості нормативного регулювання.

Предметом дослідження є міжнародно-правові норми, принципи, джерела та інституційні механізми, що утворюють систему міжнародного медичного права, а також його понятійно-категоріальний апарат і місце в системі сучасного міжнародного права.

Методи дослідження. Методологічна основа бакалаврської роботи ґрунтується на використанні комплексу загальнонаукових і спеціально-юридичних методів, вибір яких обумовлений метою та завданнями дослідження. Зокрема, формально-логічний метод було застосовано для опрацювання понятійного апарату міжнародного медичного права, аналізу міжнародно-правових норм і формулювання власних визначень ключових категорій. За допомогою конкретно-історичного методу простежено передумови виникнення та основні етапи розвитку цієї галузі, а також виявлено закономірності її еволюції в різні історичні періоди.

Системний метод дав змогу визначити місце міжнародного медичного права у структурі сучасного міжнародного права та дослідити його внутрішню організацію. Структурно-функціональний підхід було використано для аналізу інституційних механізмів реалізації відповідних норм, зокрема в межах Європейського Союзу. Порівняльно-правовий метод дозволив зіставити підходи різних держав і міжнародних організацій до регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, а також окреслити їхні спільні та відмінні риси. Крім того, метод тлумачення правових норм застосовувався при аналізі міжнародних договорів, актів міжнародних організацій та інших джерел міжнародного медичного права.

Нормативну базу дослідження складають міжнародні договори у сфері охорони здоров'я, зокрема Міжнародні медико-санітарні правила 2005 року, Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну 2003 року, Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я 1946 року, Женевські конвенції 1949

року та додаткові протоколи до них, акти органів ЄС у відповідній сфері, а також інші міжнародно-правові документи, що регулюють відносини у сфері глобальної охорони здоров'я, у тому числі в умовах збройних конфліктів.

Структура бакалаврської роботи складається зі вступу, трьох розділів, що поділяються на дев'ять підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі досліджуються теоретико-правові засади формування міжнародного медичного права. Другий розділ присвячено аналізу джерел та принципів міжнародного медичного права. У третьому розділі розглядаються інституційні та функціональні механізми реалізації міжнародного медичного права на прикладі Європейського Союзу. Робота містить висновок, список використаних джерел (55 найменувань) та додатки. Загальний обсяг роботи становить 71 сторінку тексту.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА

1.1. Передумови виникнення та етапи становлення міжнародного медичного права

Міжнародне медичне право як відносно самостійна галузь сучасного міжнародного публічного права пройшло тривалий і суперечливий шлях становлення, що охоплює декілька століть. Передумови його формування коренилися у гострих гуманітарних проблемах, породжених збройними конфліктами, масовими епідемічними захворюваннями та поступовим усвідомленням світовою спільнотою необхідності міжнародно-правового регулювання сфери охорони здоров'я. Осмислення цих передумов і виокремлення ключових етапів становлення галузі є необхідною умовою для розуміння її сучасного стану і перспектив розвитку.

Питання про те, чи є міжнародне медичне право самостійною галуззю або лише сукупністю норм, розпорошених між іншими галузями міжнародного права, залишається дискусійним у доктрині. Видатний український фахівець у сфері міжнародного права О.В. Задорожній зазначав, що процес диференціації міжнародного права супроводжується виникненням нових галузей і підгалузей, котрі відображають потреби міжнародного співтовариства у регулюванні якісно нових відносин [1, с. 47]. Аналогічну позицію обстоює В.Г. Буткевич, стверджуючи, що критеріями виокремлення галузі є наявність специфічного предмета регулювання, особливих принципів, а також достатнього масиву норм [2, с. 89]. З огляду на ці критерії міжнародне медичне право цілком виправдано може розглядатися як окрема галузь, що регулює міжнародні відносини у сфері охорони здоров'я людини, запобігання поширенню хвороб і забезпечення доступу до медичної допомоги.

Серед зарубіжних дослідників особливе місце посідають праці Д. Гросмана та Г. Оскін-Маккормік, які у своєму фундаментальному дослідженні «Global Health Law» обґрунтовують, що міжнародне медичне (або глобальне здоров'я)

право виникло на перетині міжнародного гуманітарного права, права прав людини та міжнародного санітарного права [3, с. 12]. Французький правознавець Жан-Марі Хенкерте, аналізуючи звичаєві норми міжнародного гуманітарного права, наголошував, що захист поранених і хворих під час збройних конфліктів є одним із найдавніших і найстабільніших елементів звичаєвого міжнародного права [4, с. 341]. Не менш важливими є концептуальні розробки американського вченого Лоуренса Гостіна, який розглядає глобальне право охорони здоров'я як систему норм, що охоплює договірні зобов'язання держав, діяльність міжнародних організацій та практику їх застосування у відповідь на транскордонні загрози здоров'ю [5, с. 23].

Передумови виникнення міжнародного медичного права можна розділити на кілька груп: гуманітарні, епідеміологічні, технологічні та інституційні. Кожна з цих груп зробила самостійний і вагомий внесок у формування системи міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я.

Гуманітарні передумови пов'язані передусім із жахами збройних конфліктів і необхідністю захисту поранених і хворих воїнів. Битва при Сольферіно 1859 року, яку описав Анрі Дюнан у своїй книзі «Спогад про Сольферіно» (1862), стала каталізатором для кодифікації норм міжнародного гуманітарного права, що безпосередньо стосуються медичної допомоги на полі бою. Українська дослідниця Н.М. Раданович зазначає, що Женевська конвенція про поліпшення долі поранених у діючих арміях 1864 року заклала правові основи для нейтралітету медичного персоналу і медичних установ під час збройних конфліктів, поклавши початок формуванню першої галузевої підсистеми міжнародного медичного права [6, с. 115].

Не менш значущими були епідеміологічні передумови. У XIX столітті Європу і світ охопили декілька катастрофічних пандемій холери, які знищували тисячі людей і паралізували торгівлю та економічне життя держав. Саме ці пандемії спонукали уряди до перших спроб міжнародної координації санітарних заходів. Перша Міжнародна санітарна конференція, що відбулася в Парижі у 1851 році, стала відправною точкою для розбудови системи міжнародного

санітарного права. Як зазначає британський правознавець Марк Сукін, ці конференції, хоча й не завершилися прийняттям обов'язкових для виконання договорів, сформували традицію міжнародного санітарного діалогу і зумовили подальший розвиток міжнародно-правового регулювання у цій сфері [7, с. 87].

Технологічні передумови пов'язані з розвитком транспорту - залізниць і пароплавів - у ХІХ столітті, що значно прискорило переміщення людей між континентами і тим самим сприяло швидкому поширенню інфекційних захворювань. Глобалізація комунікацій вимагала глобалізації протиепідемічних заходів, а це, своєю чергою, неможливо було забезпечити без відповідної міжнародно-правової основи. Таким чином, технологічний прогрес опосередковано стимулював правовий прогрес у сфері міжнародної охорони здоров'я.

Інституційні передумови пов'язані зі створенням перших міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я. У 1902 році було засновано Панамериканське санітарне бюро - першу регіональну міжнародну організацію здоров'я, а у 1907 році - Міжнародне бюро громадської гігієни в Парижі. Ці установи не лише координували санітарну політику держав-членів, а й сприяли виробленню спільних стандартів і норм, що поступово набували характеру міжнародно-правових зобов'язань. Відомий швейцарський спеціаліст у галузі міжнародного права Луї Бланше вбачав у діяльності цих організацій прообраз сучасної системи глобального управління охороною здоров'я [8, с. 203].

У науковій доктрині склалися різні підходи до виокремлення етапів становлення міжнародного медичного права. Так, В.В. Мицик пропонує розглядати цей процес крізь призму загальних етапів розвитку міжнародного права, відзначаючи, що спеціальні норми щодо охорони здоров'я розвивалися паралельно з кодифікацією міжнародного гуманітарного права та правом міжнародних організацій [9, с. 178]. Натомість М.В. Буроменський схиляється до більш автономної *periodization*, виокремлюючи: доконвенційний, конвенційний та інституційний етапи становлення відповідної нормативно-правової бази [10, с. 94]. На думку автора цієї роботи, найбільш прийнятною є

чотириетапна periodization, що враховує як нормативні, так і інституційні критерії.

Перший етап - доінституційний або передісторичний (до 1851 року) - характеризується виникненням перших звичаєвих норм, що стосувалися медичної допомоги в ході воєнних дій, а також формуванням традиції укладення двосторонніх угод між державами про обмін пораненими полоненими. Ще в епоху Середньовіччя та ранньомодерного часу деякі держави укладали угоди, що передбачали особливий статус лікарів і поранених під час воєн. Ці угоди, хоча й були переважно двосторонніми і не кодифікованими, закладали підґрунтя для формування звичаєвих норм міжнародного медичного права. Зарубіжний дослідник Майкл Кадж у своєму дослідженні «The History of International Health Law» підкреслює, що саме цей період сформував моральні засади майбутнього правового регулювання, оскільки ідея захисту хворих і поранених ґрунтувалася на загальнолюдських гуманістичних цінностях, що поділяли різні народи і культури [11, с. 31].

Другий етап - кодифікаційний або конвенційний (1851–1919) - ознаменований систематичною кодифікацією норм міжнародного санітарного та гуманітарного права. Міжнародні санітарні конференції 1851–1903 років заклали традицію міждержавної співпраці у сфері боротьби з епідемічними захворюваннями. Найважливішим результатом цих зусиль стало прийняття Міжнародних санітарних конвенцій - про холеру (1892), чуму (1897) та жовту гарячку (1903), які систематизували правила щодо карантинних заходів, умов перевезення хворих, а також зобов'язань держав щодо обміну інформацією про спалахи небезпечних захворювань. Паралельно розвивалося міжнародне гуманітарне право: Женевські конвенції 1864 та 1906 років і Гаазькі конвенції 1899 та 1907 років зафіксували норми про захист медичного персоналу, транспортних засобів і закладів під час збройних конфліктів. Як зазначає видатний польський вчений-міжнародник Владислав Чаплінський, ці договірні норми суттєво відрізнялися від попередніх двосторонніх угод тим, що мали багатосторонній характер і відображали загальне правило, а не виняток [12, с. 56].

Третій етап - інституційний (1919–1945) - характеризується виникненням перших повноцінних міжнародних організацій охорони здоров'я та включенням медичної проблематики в орбіту діяльності Ліги Націй. У 1919 році в рамках Ліги Націй була заснована Організація охорони здоров'я Ліги Націй, яка вперше здійснила системне зведення і уніфікацію міжнародних санітарних норм, розробила єдині стандарти класифікації захворювань і лікарських препаратів. Попри обмеженість свого мандату і відсутність держав-членів (зокрема, США так і не ратифікували Статут Ліги Націй), ця організація зробила вагомий внесок у розвиток міжнародного медичного права, зокрема в частині стандартизації медичної статистики і збору даних про захворюваність. Французький правознавець П'єр Мен'є в цьому контексті зазначав, що Організація охорони здоров'я Ліги Націй стала прообразом ВООЗ, поєднавши функції нормотворення, технічної допомоги та моніторингу [13, с. 76].

Четвертий і сучасний етап - системний або загальний (з 1945 року по теперішній час) - розпочався зі створення Організації Об'єднаних Націй і заснування у 1948 році Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Статут ВООЗ закріпив принципово нову концепцію здоров'я як «стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутності хвороб або фізичних дефектів», що стало революційним кроком у міжнародно-правовому мисленні. Цей принцип, як зазначає О.Г. Мережко, поклав початок концепції права на здоров'я як невід'ємного права людини, що знайшло своє закріплення в численних міжнародних договорах з прав людини [14, с. 201]. Не менш важливим є дослідження К.А. Буяшенко, яка обґрунтовує, що системний етап характеризується не лише кількісним зростанням міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я, а й якісними змінами в їх природі: переходом від суто санітарних і гуманітарних зобов'язань до комплексного регулювання, що включає права людини, екологічні, торговельні та безпекові аспекти [15, с. 89].

Особливе місце в рамках четвертого етапу посідає прийняття Міжнародних медико-санітарних правил ВООЗ, які зазнали суттєвого перегляду у 2005 році після спалахів пандемії SARS 2002–2003 років. Ці правила

встановили нову глобальну архітектуру реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я, що мають міжнародне значення (НСОЗ МЗ). Американський правознавець Лоуренс Гостін охарактеризував оновлені ММСП 2005 року як «найбільш амбітний документ глобального права охорони здоров'я сучасної епохи», наголосивши на тому, що вони вперше зобов'язали держави-члени ВООЗ нарощувати базовий потенціал у сфері охорони здоров'я і своєчасно повідомляти про надзвичайні ситуації [16, с. 112]. Водночас британський фахівець Девід Фіделер у своєму критичному аналізі підкреслює, що ММСП 2005 стикнулися з серйозними проблемами імплементації, оскільки значна кількість держав, насамперед країн, що розвиваються, виявилася не спроможна виконати свої зобов'язання щодо нарощування потенціалу охорони здоров'я у встановлені строки [17, с. 89].

Становлення міжнародного медичного права нерозривно пов'язане з формуванням концепції права на охорону здоров'я як одного з фундаментальних прав людини. Стаття 25 Загальної декларації прав людини 1948 року вперше закріпила право кожного на такий життєвий рівень, що включає медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування. Розвитком цього положення стала стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права 1966 року, яка гарантувала право на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Аналізуючи значення цих документів для становлення міжнародного медичного права, видатний нідерландський правознавець Пітер ван Дейк стверджує, що включення права на здоров'я до системи міжнародних прав людини суттєво розширило предметну сферу міжнародного медичного права, зв'язавши воєдино санітарне, гуманітарне та правозахисне регулювання [18, с. 467].

В українській доктрині питання міжнародного медичного права досліджувалися, зокрема, у контексті права прав людини та міжнародного гуманітарного права. Дослідниця І.О. Ізарова наголошує, що розвиток міжнародного медичного права в Україні набув особливої актуальності після Революції Гідності 2014 року та початку збройного конфлікту на Сході країни,

що поставило питання захисту медичного персоналу і медичних установ від атак у відповідність із нормами міжнародного гуманітарного права в центр національного правового дискурсу [19, с. 34]. У свою чергу, О.В. Буткевич зауважує, що реформа системи охорони здоров'я України у 2017–2020 роках відбувалася під значним впливом міжнародно-правових стандартів, зокрема рекомендацій ВООЗ та положень угоди про асоціацію між Україною та ЄС [20, с. 213].

Характерною рисою розвитку міжнародного медичного права є його тісний зв'язок із розвитком інших галузей міжнародного права. Особливо виразним є взаємозв'язок із міжнародним правом навколишнього середовища - адже деградація довкілля безпосередньо впливає на стан здоров'я населення і, відповідно, вимагає координованих правових відповідей. Тісним є також зв'язок із міжнародним торговельним правом: угоди TRIPS у рамках СОТ, встановлюючи стандарти захисту інтелектуальної власності у фармацевтичній галузі, суттєво впливають на доступність ліків у країнах, що розвиваються. Іспанський правознавець Карлес Мурільйо-Гонсалес, досліджуючи це питання, вказує на наявність конфлікту між нормами TRIPS і правом на здоров'я, який є одним із центральних напружень сучасного міжнародного медичного права і вимагає виваженого балансу між приватними комерційними інтересами фармацевтичних компаній та публічним інтересом в охороні здоров'я населення [21, с. 178].

Важливим вектором розвитку міжнародного медичного права є нормативне регулювання біомедичних досліджень і дотримання прав пацієнтів. Нюрнберзький кодекс 1947 року, прийнятий за підсумками Нюрнберзького процесу над нацистськими лікарями, став першим міжнародним документом, що встановив принцип добровільної інформованої згоди при проведенні медичних дослідів на людях. Гельсінська Декларація 1964 року, прийнята Всесвітньою медичною асоціацією, поглибила ці принципи і стала базовим документом медичної етики у сфері клінічних досліджень. Аналіз цих документів, здійснений австралійським правознавцем Донном Берчером, свідчить, що вони сформували

самостійну підгалузь міжнародного медичного права - міжнародне біомедичне право - з власними принципами, нормами та інституційними механізмами [22, с. 56].

Таким чином, передумови виникнення та етапи становлення міжнародного медичного права відображають складний і поступовий процес усвідомлення міжнародним співтовариством необхідності правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я. Від перших двосторонніх угод про поводження з пораненими і перших міжнародних санітарних конференцій до сучасної розгалуженої системи договорів, резолюцій і рішень міжнародних організацій - цей шлях зайняв понад 170 років. На кожному з виокремлених етапів - доінституційному, кодифікаційному, інституційному та системному - нормативний масив галузі якісно змінювався, розширювався предмет її регулювання, ускладнювалася система джерел і посилювалися механізми імплементації. Усі ці зміни знаходять своє відображення у сучасному стані міжнародного медичного права, аналіз якого неможливий без розуміння його генезису і еволюції.

1.2. Поняття та предмет міжнародного медичного права

Поняття міжнародного медичного права належить до тих правових категорій, які формувалися поступово і досі не мають остаточного, загальноприйнятого визначення. Пояснюється це самою природою галузі: вона виникла на перетині кількох напрямів регулювання - гуманітарного, правозахисного, санітарно-епідеміологічного - і ввібрала в себе риси кожного з них. У найбільш загальному вигляді міжнародне медичне право можна окреслити як сукупність юридично обов'язкових норм та принципів, що регулюють відносини між державами, міжнародними організаціями й іншими учасниками глобального правопорядку у сфері охорони здоров'я людини.

Хоча в сучасній доктрині співіснують різні підходи до визначення галузі, більшість дослідників сходиться щонайменше у двох вихідних тезах. По-перше, міжнародне медичне право має самостійний предмет регулювання, відмінний від суміжних галузей. По-друге, його зміст уже давно не вичерпується суто

санітарно-епідеміологічною проблематикою, як це було в ХІХ столітті, а поширюється на широкий спектр питань - від захисту прав пацієнтів і регламентації клінічних досліджень до правового статусу медичного персоналу в умовах збройних конфліктів.

Помітний внесок у формування понятійного апарату галузі зробив американський правник Лоуренс Гостін, у працях якого вживається термін «глобальне право охорони здоров'я» (global health law). За його баченням, йдеться про систему міжнародних договорів, актів міжнародних організацій і норм звичаєвого права, що регулюють поведінку держав і недержавних суб'єктів у відповідь на транскордонні загрози здоров'ю [5, с. 45]. Близьким за змістом є визначення, запропоноване нідерландською дослідницею Брижит Тоебс, яка наголошує на правозахисній складовій галузі та на її тісному зв'язку з реалізацією права на здоров'я як одного з фундаментальних прав людини [23, с. 67].

Європейські дослідники Ханна Арунделл і Мартін Кляйн розглядають міжнародне медичне право як регулятор глобальної правової культури охорони здоров'я. На їхню думку, галузь забезпечує єдність професійних стандартів медичного персоналу, охорону прав пацієнтів, контроль якості ліків та обладнання, а також координацію зусиль держав щодо профілактики захворювань [24, с. 112]. Названі автори також звертають увагу на поступову інтеграцію класичних інструментів гуманітарного та правозахисного регулювання з новими питаннями телемедицини, біоетики та цифрових медичних технологій.

В українській правовій науці питанням поняття міжнародного медичного права приділяється дедалі більше уваги. І.О. Качан розглядає цю галузь як правову систему, що поєднує норми міжнародного гуманітарного права, права прав людини та спеціалізовані медико-правові норми; головну її мету дослідник вбачає у координації дій держав і міжнародних організацій задля захисту життя й здоров'я особи на глобальному рівні [25, с. 89]. Дещо інший акцент розставляє О.О. Федоренко, який зосереджується на функціональному вимірі галузі: за його

позицією, міжнародне медичне право створює правові стандарти контролю за поширенням інфекційних захворювань і реагування на надзвичайні ситуації, а гармонізація національних систем охорони здоров'я зі світовими нормами є необхідною умовою ефективного забезпечення безпеки населення [26, с. 145]. М.О. Петренко, своєю чергою, наголошує на динамічному характері галузі, яка вже не обмежується класичними правовими нормами щодо медичної допомоги, а охоплює також телемедицину, біотехнології та етику медичних досліджень [27, с. 78].

Якщо узагальнити наведені позиції, можна виокремити кілька спільних рис у підходах сучасних дослідників. Усі вони визнають комплексний характер галузі, її людиноцентричну спрямованість і тісний зв'язок із реалізацією права на здоров'я. Розбіжності стосуються радше акцентів: одні автори надають більшої ваги інституційному виміру - через діяльність ВООЗ та інших міжнародних структур, інші - правозахисному або біоетичному.

Питання предмета міжнародного медичного права тісно пов'язане з його поняттям, проте має самостійне теоретичне значення, оскільки саме предмет дозволяє відмежувати галузь від суміжних регуляторних систем. У межах загальновизнаного підходу предметом міжнародного медичного права є суспільні відносини, що виникають у процесі міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я та діяльності держав і міжнародних організацій із забезпечення здоров'я населення на глобальному рівні.

Зміст предмета галузі є неоднорідним і охоплює кілька груп відносин. До першої належать відносини, пов'язані з профілактикою та контролем інфекційних і транскордонних захворювань - саме на цьому історично формувалися перші міжнародно-правові норми у сфері охорони здоров'я. Другу групу складають відносини щодо правового статусу медичних працівників і пацієнтів, включно зі стандартами надання медичної допомоги, інформованою згодою та конфіденційністю. Третя група пов'язана із застосуванням сучасних медичних технологій і проведенням біомедичних досліджень, а четверта - з формуванням етичних стандартів медичної практики.

Л. Гостін обстоює широке розуміння предмета галузі: на його погляд, він охоплює всі аспекти забезпечення глобального здоров'я, у тому числі міжнародні механізми реагування на епідемії, обов'язки держав щодо запобігання поширенню хвороб і координацію дій у разі надзвичайних ситуацій медичного характеру [5, с. 67]. Близький за обсягом, але дещо інший за акцентами підхід пропонують Х. Арунделл і М. Кляйн, які додатково підкреслюють координацію міжнародних зусиль у боротьбі з пандеміями, контроль якості медичних препаратів і регулювання етичних аспектів професійної діяльності лікарів [24, с. 134]. Названі автори справедливо звертають увагу на те, що сам предмет міжнародного медичного права постійно розширюється під впливом нових викликів науки і технологій.

В українській доктрині щодо предмета галузі загалом домінує динамічний підхід. І.О. Качан включає до нього як традиційні медико-правові відносини, так і відносно нові сфери - телемедицину, біотехнології, цифрові медичні технології, а також правила взаємодії держав у разі надзвичайних ситуацій, епідемій і пандемій [25, с. 112]. О.О. Федоренко робить наголос на правових механізмах контролю за дотриманням стандартів охорони здоров'я, захисту прав пацієнтів і медичного персоналу, а також на регулюванні міжнародного обміну медичною інформацією та результатами досліджень [26, с. 167]. М.О. Петренко розглядає предмет як поєднання класичних правових норм із міжнародними етичними стандартами та механізмами співпраці держав у сфері профілактики й лікування захворювань, особливо виокремлюючи значення норм щодо якості медичних препаратів та обладнання [27, с. 92].

Отже, доцільно дійти висновку, що міжнародне медичне право варто розглядати як окрему, але водночас комплексну галузь сучасного міжнародного права. Воно охоплює систему обов'язкових правових норм і принципів, спрямованих на регулювання сфери охорони здоров'я, а його предмет включає широкий спектр відносин, що виникають у процесі міжнародної взаємодії - від протидії інфекційним захворюванням до регулювання питань біоетики та розвитку цифрової медицини. Такий підхід дає змогу чітко відмежувати цю

галузь від суміжних напрямів, зокрема міжнародного гуманітарного права, права прав людини та міжнародного екологічного права, водночас зберігаючи розуміння їхнього тісного взаємозв'язку в межах сучасної системи міжнародного права.

1.3. Місце міжнародного медичного права в системі сучасного міжнародного права

З'ясування місця міжнародного медичного права (далі - ММП) у системі сучасного міжнародного публічного права потребує передусім розуміння його генетичної природи та функціонального призначення в умовах глобалізації. Класичне міжнародне право тривалий час розглядалося як регулятор відносин між суверенними державами, проте у XXI столітті світовий правопорядок зазнав суттєвих трансформацій: серед об'єктів правового захисту з'явилися такі категорії, як здоров'я людини, біологічна безпека, доступ до медичних технологій. Власне на цьому ґрунті й сформувалося ММП - складна, частково автономна галузь, у якій гуманістичні цінності медицини поєднуються з імперативною силою міжнародних норм.

Для того, щоб коректно визначити місце ММП у загальній системі, доцільно розглянути його співвідношення з ключовими галузями міжнародного права. Найочевиднішим є зв'язок із міжнародним правом прав людини. Загальна декларація прав людини та профільні пакти закріплюють загальне право на здоров'я, проте у формі досить декларативній. Натомість ММП наповнює цю норму конкретним юридичним змістом: установлює стандарти санітарного нагляду, регламентує обіг лікарських засобів, визначає межі правомірного втручання в біологічну природу людини. Тим самим ММП виступає як *lex specialis* щодо права прав людини, продовжуючи антропоцентричну логіку сучасного міжнародного права, в якій суб'єктивне право особи на життя і здоров'я стає критерієм легітимності державних дій.

Не менш тісним є зв'язок з міжнародним гуманітарним правом, де власне і слід шукати історичне коріння ММП. Перші багатосторонні конвенції другої половини XIX століття регулювали порядок поводження з пораненими і хворими

комбатантами та статус медичного персоналу, заклавши фундамент медичного нейтралітету. У сучасних умовах норми ММП застосовуються вже не лише під час збройних конфліктів, а й у мирний час, поширюючи принцип захищеності медичної діяльності на всю міжнародну спільноту. Завдяки цьому ММП виконує своєрідну стабілізуючу функцію: створює «гуманітарний простір», який залишається відкритим навіть тоді, коли інші форми міжнародної взаємодії блокуються через політичні чи воєнні обставини.

Окрема роль належить взаємодії ММП з міжнародним економічним правом. Тут міжнародне медичне право фактично виступає обмежувачем суто ринкової логіки, забезпечуючи баланс між комерційними інтересами фармацевтичних компаній і публічним інтересом людства у доступі до лікування. Показовим прикладом є правові механізми примусового ліцензування, розроблені у межах СОТ та ВООЗ: під час серйозних загроз громадському здоров'ю право на охорону здоров'я отримує пріоритет над патентним монополізмом. Подібний ціннісний пріоритет дає підстави стверджувати, що норми ММП у частині захисту життя і здоров'я людини наближаються за своїм характером до *jus cogens* у широкому, ціннісному значенні цього поняття.

Інституційний вимір місця ММП великою мірою визначається унікальним статусом Всесвітньої організації охорони здоров'я. ВООЗ - одна з небагатьох міжнародних організацій, наділених реальними нормотворчими повноваженнями: відповідно до своїх установчих документів вона ухвалює регламенти, обов'язкові для держав-членів за принципом *opt-out*. Завдяки цьому акти ВООЗ виходять за межі звичайних рекомендацій і формують особливий пласт міжнародно-правових норм, що безпосередньо впливає на статус ММП у загальній системі сучасного міжнародного права.

Важливо також зважати на процес «сек'юритизації» ММП - його поступовий перехід у площину глобальної безпеки. Пандемія COVID-19 наочно продемонструвала, що біологічні загрози здатні викликати наслідки, співмірні з масштабними збройними конфліктами та техногенними катастрофами. Питання

епідеміологічного моніторингу, біобезпеки, обігу патогенів дедалі частіше потрапляють у поле зору Ради Безпеки ООН, що раніше було важко уявити. Перетин ММП із міжнародним правом безпеки засвідчує остаточне формування галузі як такої, без якої сучасна цивілізація навряд чи здатна ефективно протидіяти новим викликам.

Сучасний етап розвитку ММП характеризується переходом від декларативного забезпечення права на здоров'я до побудови системи глобальної біобезпеки. Переломним моментом стала пандемія COVID-19, яка оголила інституційну слабкість міжнародних механізмів координації та проблему дефіциту солідарності у розподілі медичних ресурсів. Як відповідь на ці виклики, під егідою ВООЗ було розпочато роботу над «Пандемічною угодою», що має кодифікувати обов'язки держав щодо прозорості обігу патогенів і справедливого доступу до вакцин, посилюючи у такий спосіб імперативний рівень зобов'язань у галузі.

Окремої уваги заслуговує функціонування медичної системи в умовах воєнного стану, що особливо рельєфно виявилось на прикладі України. Повномасштабна агресія проти суверенної держави актуалізувала потребу в зближенні норм ММП та міжнародного гуманітарного права. Сьогодні ММП фактично виступає правовим гарантом захисту цивільної медичної інфраструктури, яка, попри захищений статус згідно з Женевськими конвенціями, регулярно стає об'єктом цілеспрямованих ударів. Україна на власному досвіді показує, що місце ММП у системі міжнародного права визначається не лише стандартами лікування, а й правовими інструментами фіксації порушень медичного нейтралітету та притягнення до відповідальності за «медцид» - системне руйнування системи охорони здоров'я як засіб ведення війни. Тим самим ММП дедалі тісніше переплітається з міжнародним кримінальним правом: напади на лікарні, медичний транспорт чи медичний персонал кваліфікуються як воєнні злочини.

Помітним вектором розвитку галузі є її взаємодія з цифровим правом і нормами кібербезпеки. Поширення телемедицини та масштабний

транскордонний обмін великими медичними даними змушують ММП виходити на стик з інформаційним правом. Захист медичної таємниці в умовах кібератак та існування глобальних цифрових реєстрів пацієнтів поступово стає частиною універсальних стандартів захисту приватності. Завдяки цьому ММП трансформується у високотехнологічну галузь, яка регулює не тільки фізичний доступ людини до медицини, а й безпеку медичних даних - критичну для збереження цифрового суверенітету держав.

Важливим є й поглиблення співпраці ММП з міжнародним торговельним правом, передусім у форматах СОТ. Дискусії довкола часткової відмови від прав інтелектуальної власності на життєво необхідні медичні технології (так званий TRIPS waiver) у періоди глобальних криз свідчать, що ММП поступово перетворюється на майданчик для перегляду глобальних економічних правил. У сучасній архітектурі міжнародного права медичне право виконує роль своєрідного «гуманітарного коректора» ринкових механізмів, утверджуючи пріоритет громадського здоров'я над патентною монополією. Подібна позиція органічно вписується в концепцію сталого розвитку, у якій біологічне і соціальне виживання людства визнається однією з ключових цінностей.

Українська наукова доктрина також пропонує оригінальні підходи до визначення місця ММП у системі міжнародного права. Так, у працях М.О. Петренка домінує інституційний акцент: дослідник аналізує ММП передусім крізь призму діяльності міжнародних організацій, насамперед ВООЗ, обстоюючи позицію, згідно з якою саме нормативна активність зазначених суб'єктів забезпечує автономізацію медичного права в межах міжнародного публічного права [27, с. 103]. На його переконання, ММП є «правом глобальної солідарності»: за допомогою механізмів міжнародного адміністрування воно встановлює універсальні стандарти біоетики й біобезпеки, обов'язкові для національних правових систем.

Дещо інакше розставляє акценти О.О. Федоренко, який досліджує ММП у парадигмі прав людини. У його концепції галузь є фундаментальною складовою міжнародного гуманітарного виміру, а право на охорону здоров'я виступає

стрижневим елементом, який об'єднує цивільні, політичні й соціально-економічні права. У такому баченні ММП виконує роль ціннісного орієнтира: воно не лише регулює медичну діяльність, а й окреслює межі правомірної поведінки держав щодо фізичної цілісності особи [26, с. 189]. Крім того, дослідник наголошує на значенні імплементації міжнародних медичних стандартів у національне законодавство як умови легітимності демократичної держави, що перетворює ММП на сполучну ланку між міжнародним і внутрішньодержавним правопорядком.

Концепцію «комплексної природи» міжнародного медичного права запропонував І.О. Качан, обстоюючи нерозривний зв'язок галузі з міжнародним екологічним правом у контексті стратегії сталого розвитку. На його думку, ММП посідає місце критично важливого регулятора в системі міжнародної безпеки, передусім в аспекті протидії транскордонним загрозам біологічного походження [25, с. 134]. Сучасні виклики - пандемії, наслідки воєнних дій для громадського здоров'я - вимагають, як показує дослідник, виходу ММП за межі суто медичного регулювання у сферу кримінально-правового та екологічного захисту людства, що зміцнює статус галузі як міждисциплінарного інструмента подолання глобальних ризиків.

Узагальнюючи підходи М.О. Петренка, О.О. Федоренка та І.О. Качана, можна сформулювати цілісне уявлення про місце міжнародного медичного права як самостійної, дієвої та людиноцентричної галузі. Їхні наукові позиції не стільки суперечать одна одній, скільки взаємно доповнюються: від аналізу інституційної ролі ВООЗ до глибшого осмислення прав людини та стратегічних аспектів глобальної біобезпеки. Звернення до напрацювань цих дослідників має важливе значення для розвитку української правової науки, оскільки сприяє адаптації міжнародних стандартів до національної правової системи, особливо в умовах кризових викликів і воєнного стану, коли медичне право фактично виступає засобом захисту життя та відновлення справедливості.

Сучасний розвиток міжнародного медичного права свідчить про те, що воно вже давно вийшло за межі суто технічного регулювання та перетворилося

на важливу складову глобального врядування, де поєднуються питання безпеки, справедливості й етичних стандартів.

У системі міжнародного права ця галузь виконує своєрідну захисну функцію, реагуючи на виклики пандемій, воєнних конфліктів і цифрових ризиків, а також сприяючи підтриманню стабільності світового правопорядку і забезпеченню найвищої цінності - життя та здоров'я людини. Отже, аналіз передумов виникнення, етапів становлення, понятійного апарату та місця міжнародного медичного права в системі сучасного міжнародного права дає підстави розглядати його як самостійну й водночас глибоко інтегровану галузь, формування якої стало відповіддю на потреби забезпечення глобальної безпеки та охорони здоров'я населення в умовах постійних трансформацій світового порядку. Історичний розвиток ММП відбувався під впливом міжнародного гуманітарного права, права прав людини та науково-технічного прогресу, що поступово сформувало систему норм і принципів, які регулюють діяльність держав, міжнародних організацій і медичних працівників у відповідній сфері. ММП охоплює як класичні медико-правові відносини, так і нові напрями - телемедицину, біотехнології, етику медичних досліджень, реагування на глобальні загрози здоров'ю - та органічно інтегрується з міжнародним правом прав людини, гуманітарним і біоетичним правом, реалізуючись через механізми міжнародного співробітництва й стандартизації. Завдяки цьому міжнародне медичне право виступає одним із ключових інструментів захисту життя й здоров'я людини на глобальному рівні, формуючи правові, етичні та організаційні засади сучасної системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2. ДЖЕРЕЛА ТА ПРИНЦИПИ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА

2.1. Міжнародні договори як основне джерело міжнародного медичного права

Система джерел міжнародного медичного права вирізняється значною складністю та різноманітністю, що безпосередньо зумовлено комплексним характером відносин, які регулюються цією галуззю [27, с.155].

Таблиця 2.1.

Міжнародні договори як основне джерело міжнародного медичного права

№	Назва міжнародного договору	Рік	Сфера регулювання	Ключовий зміст	Значення для медичного права
1	Всесвітня організація охорони здоров'я (Статут ВООЗ)	1946	Глобальна охорона здоров'я	Визначає право кожної людини на найвищий досяжний рівень здоров'я	Базовий документ міжнародного медичного права
2	Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права	1966	Права людини у сфері здоров'я	Ст. 12 гарантує право на охорону здоров'я	Формує юридичні зобов'язання держав
3	Конвенція про права дитини	1989	Охорона здоров'я дітей	Забезпечує право дитини на медичну допомогу	Визначає стандарти дитячої медицини
4	Конвенція про права осіб з інвалідністю	2006	Права осіб з інвалідністю	Гарантує доступ до медичних послуг без дискримінації	Розширює інклюзивність медицини
5	Женевські конвенції	1949	Медичний захист під час війни	Захист медичного персоналу, поранених і хворих	Основа медичного гуманітарного права

6	Конвенція про захист прав людини і гідності людини щодо застосування біології та медицини (Ов'єдська конвенція)	1997	Біоетика	Регулює медичні втручання, інформовану згоду	Ключовий акт біомедичного права
7	ЮНЕСКО (Загальна декларація про біоетику та права людини)	2005	Біоетика	Визначає етичні принципи в медицині	Орієнтир для національного законодавства
8	Всесвітня медична асоціація (Гельсінська декларація)	1964	Медичні дослідження	Етичні принципи досліджень за участю людей	Стандарт клінічних досліджень

Серед усього розмаїття джерел центральну позицію займає міжнародний договір, оскільки саме договірний механізм забезпечує необхідну правову визначеність та обов'язковість зобов'язань держав у сфері охорони здоров'я. Без чіткого розуміння природи, видів і функціонального призначення міжнародних договорів аналіз нормативної бази галузі неможливий у принципі.

Згідно зі статтею 2 Віденської конвенції про право міжнародних договорів 1969 року, договір розуміється як міжнародна угода, укладена між державами в письмовій формі та врегульована міжнародним правом. Подібна дефініція слугує відправною точкою для розуміння договірних джерел міжнародного медичного права, хоча сучасна практика помітно ширша: суб'єктами таких договорів виступають не лише держави, а й міжнародні організації. Значна частина нормативної бази галузі формується безпосередньо в межах Всесвітньої організації охорони здоров'я, наділеної повноваженнями ухвалювати регламенти та укладати угоди, обов'язкові для держав-членів[16, с.17].

Серед договорів у сфері охорони здоров'я унікальне положення посідають Міжнародні медико-санітарні правила 2005 року (далі - ММСП), що набули чинності у 2007 році. За юридичною природою документ є нетиповим: ММСП обов'язкові для 196 держав - членів ВООЗ і не вимагають ратифікації у звичному розумінні, оскільки держава автоматично стає зобов'язаною їх дотримуватися,

якщо протягом установленого строку не заявить про відмову. Механізм «мовчазної згоди» вважається новаторським для міжнародного права і помітно підвищує ефективність імплементації норм у медичній сфері [26, с.33].

Аналізуючи значення ММСП 2005 року, Лоуренс Гостін наголошував, що Правила вперше встановили юридично обов'язкову архітектуру глобального реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я, закріпивши обов'язок держав нарощувати базовий потенціал санітарного нагляду. На його думку, ММСП стали першим прикладом використання ВООЗ нормотворчих повноважень для створення глобальних стандартів, які виходять за межі суто рекомендаційних актів. Дещо скептичніше оцінює документ британський дослідник Девід Фіддлер: за його словами, реальний успіх ММСП залежить насамперед від спроможності держав виконати власні зобов'язання щодо зміцнення систем охорони здоров'я, без чого вся конструкція міжнародно-правового реагування на глобальні загрози втрачає дієздатність [29, с.222].

Окремої уваги заслуговує Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну 2003 року (далі - РКБТ), що набула чинності у 2005 році й ратифікована понад 180 державами. РКБТ - перший міжнародний договір, укладений під егідою ВООЗ із застосуванням договірних повноважень за статтею 19 Статуту організації. Документ установлює зобов'язання щодо регулювання виробництва, продажу, поширення та реклами тютюнових виробів, передбачає заходи із захисту осіб від впливу тютюнового диму та підтримки у відмові від куріння. Прийняття РКБТ продемонструвало здатність міжнародного співтовариства укласти масштабні договори у сфері охорони здоров'я, що містять реальні правові зобов'язання, а не лише декларативні норми [9].

Поряд із наведеними ключовими актами існує широкий масив багатосторонніх договорів, що регулюють окремі аспекти охорони здоров'я. Серед найважливіших - Женевські конвенції 1949 року та додаткові протоколи до них, у яких сформульовано стандарти захисту поранених, хворих і медичного персоналу під час збройних конфліктів. Стаття 12 Першої Женевської конвенції закріплює принцип захисту поранених і хворих комбатантів без жодної

дискримінації, а стаття 24 гарантує особливий статус медичного персоналу. Названі норми утворюють фундамент медико-гуманітарного компонента галузі та вважаються найдавнішим пластом договірних зобов'язань у сфері охорони здоров'я [2].

Значне місце у системі договірних джерел посідає Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 року, стаття 12 якого закріплює право кожного на найвищий досяжний рівень фізичного й психічного здоров'я, а також зобов'язання держав-учасниць щодо створення умов для його реалізації. Зміст відповідного права детально розкрив Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав у Загальному коментарі № 14 (2000), виокремивши такі його складові, як наявність, доступність, прийнятність і якість медичної допомоги. Хоча сам коментар не має юридично обов'язкової сили, у міжнародній практиці він давно набув статусу авторитетного тлумачення норм медичного права [3].

Окрему групу договірних джерел утворюють регіональні конвенції та угоди у сфері охорони здоров'я. У європейському просторі ключовим документом залишається Конвенція Ради Європи про права людини та біомедицину (Овієдська конвенція) 1997 року, ратифікована 29 державами. Конвенція встановлює стандарти захисту прав людини у сфері біологічних і медичних досліджень, зокрема вимоги щодо інформованої згоди, захисту осіб, нездатних дати таку згоду, а також заборону деяких генетичних маніпуляцій. Овієдська конвенція стала першим юридично обов'язковим міжнародним документом у галузі біоетики й займає особливе місце серед регіональних джерел медичного права.

У межах Африканського союзу прийнято Африканську хартію прав і добробуту дитини 1990 року, стаття 14 якої присвячена праву дитини на охорону здоров'я та закладає регіональний стандарт медичного захисту неповнолітніх. У системі Організації американських держав аналогічну функцію виконує Протокол Сан-Сальвадора 1988 року, що доповнює Американську конвенцію про права людини положеннями про право на здоров'я. Зіставлення регіональних

інструментів дозволяє говорити про формування розгалуженої регіональної договірної мережі у сфері охорони здоров'я, яка стала невід'ємним компонентом загальної системи джерел галузі.

Помітний сегмент договірних джерел становлять двосторонні угоди держав з медичних питань. Угоди про взаємне визнання медичних кваліфікацій, договори про медичне страхування громадян, угоди про надання медичної допомоги іноземним пацієнтам, домовленості про спільні медичні дослідження - усе це формує щільну мережу двосторонніх зобов'язань, яка доповнює багатосторонню договірну базу. Подібні угоди укладено, зокрема, між Україною та державами - членами ЄС, і в умовах євроінтеграції вони набувають особливого значення. Хоча двосторонні договори за обсягом поступаються багатостороннім, недооцінювати їх роль у практичному застосуванні норм міжнародного медичного права не варто [46, с.179].

Якщо узагальнити сучасний стан договірних джерел галузі, можна простежити кілька стійких тенденцій. По-перше, відбувся перехід від вузьких санітарно-технічних угод до широких рамкових конвенцій, які закріплюють загальні принципи й механізми співробітництва. По-друге, помітно зросла роль актів міжнародних організацій - передусім ВООЗ - у формуванні договірної бази галузі. По-третє, поступово диверсифікується суб'єктний склад договірних відносин: поряд із державами активнішими учасниками стають міжурядові й неурядові організації, транснаціональні корпорації та інші недержавні актори. Названі тенденції віддзеркалюють загальну трансформацію міжнародного права в умовах глобалізації і визначають вектор подальшого розвитку договірного регулювання у сфері охорони здоров'я.

Потребує окремого розгляду й проблема ефективності імплементаційних механізмів. На відміну від низки інших галузей міжнародного права, де моніторингові органи мають доволі вагомі повноваження, у медичному праві відповідні механізми залишаються відносно слабкими. Періодичні доповіді держав до Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав, перевірка виконання ММСП у межах ВООЗ та діяльність комітетів, утворених

відповідно до РКБТ, фактично вичерпують основні формати нагляду за дотриманням договірних зобов'язань. Посилення зазначених механізмів дослідники справедливо називають одним із пріоритетних завдань реформування галузі.

Станом на 2026 рік міжнародні договори зберігають статус ключового джерела міжнародного медичного права та продовжують формувати універсальні стандарти у сфері охорони здоров'я. Вони закріплюють право кожного на доступну та якісну медичну допомогу, визначають обов'язки держав щодо реалізації відповідного права, утверджують принципи недискримінації, гуманності й рівності. Особливо помітну роль у системі стандартів відіграють Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я [1]. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права та Конвенція про права дитини, які встановлюють базові вимоги щодо медичного забезпечення різних категорій населення. Водночас глобальні виклики - пандемії, збройні конфлікти, стрімкий розвиток біомедичних технологій - суттєво підвищують роль таких документів, як Женевські конвенції, Конвенція про права осіб з інвалідністю та Овієдська конвенція, що визначають сучасні стандарти захисту медичного персоналу й пацієнтів, доступності медичної допомоги, а також етичних меж медичної діяльності.

З огляду на викладене, міжнародні договори залишаються фундаментальною основою міжнародного медичного права: вони визначають загальновизнані стандарти охорони здоров'я, закріплюють права людини на медичну допомогу та формулюють обов'язки держав щодо їх реального забезпечення. Договірна база створює єдиний правовий простір, орієнтований на захист гідності, життя і здоров'я людини незалежно від громадянства й місця проживання, та забезпечує адаптацію медичного права до нових потреб суспільства й здобутків наукового прогресу.

2.2. Роль міжнародних організацій у формуванні норм міжнародного медичного права

Міжнародні організації відіграють визначальну роль у розвитку і кодифікації норм міжнародного медичного права, виступаючи не лише форумами для переговорів, а й самостійними нормотворчими суб'єктами. Ця роль набула особливого значення в умовах глобалізації, коли транснаціональний характер загроз здоров'ю вимагає скоординованих відповідей, що виходять за межі можливостей окремих держав. Аналіз нормотворчої та координаційної діяльності міжнародних організацій дозволяє зрозуміти механізми формування сучасного міжнародного медичного права [8].

Таблиця 2.2.

Роль міжнародних організацій у формуванні норм міжнародного медичного права

№	Міжнародна організація	Рік створення	Основні функції у сфері медицини	Нормативний внесок	Значення для міжнародного медичного права
1	Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)	1948	Координація глобальної охорони здоров'я	Розробка міжнародних медико-санітарних правил, рекомендацій	Основний нормотворчий центр у сфері здоров'я
2	Організація Об'єднаних Націй (ООН)	1945	Захист прав людини	Прийняття міжнародних пактів і декларацій	Формує правову основу права на здоров'я
3	ЮНЕСКО	1945	Біоетика, наука	Декларації з біоетики та прав людини	Розвиток етичних стандартів у медицині
4	ЮНІСЕФ	1946	Захист прав дітей	Програми охорони здоров'я дітей, стандарти	Вплив на дитяче медичне право
5	Рада Європи	1949	Права людини в Європі	Конвенції (зокрема Ов'єдська)	Регіональне регулювання медичного права

6	Міжнародний комітет Червоного Хреста	1863	Гуманітарна допомога	Розвиток норм гуманітарного права	Захист медичних прав під час війни
7	Всесвітня медична асоціація	1947	Професійна медична етика	Декларації (Гельсінська, Женевська)	Встановлення стандартів лікарської етики

Центральне положення серед міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я належить Всесвітній організації охорони здоров'я, заснованій у 1948 році як спеціалізована установа ООН. Статут ВООЗ наділяє організацію унікальним для системи ООН набором нормотворчих повноважень: відповідно до статті 19 Всесвітня асамблея охорони здоров'я має право ухвалювати конвенції та угоди, стаття 21 уповноважує її приймати регламенти з санітарно-епідеміологічних питань, а стаття 23 дозволяє формулювати рекомендації державам-членам. Завдяки поєднанню перерахованих повноважень ВООЗ перетворилася на найвпливовіший нормотворчий суб'єкт у сфері міжнародного медичного права [54, с.177].

Нормотворчі акти ВООЗ умовно поділяють на кілька груп за рівнем юридичної обов'язковості. Регламенти, ухвалені на підставі статті 21 Статуту, є обов'язковими для держав-членів і не вимагають ратифікації, якщо держава у встановлений строк не заявила про відмову. Конвенції та угоди, що приймаються в порядку статті 19, набирають чинності для конкретної держави-члена після ратифікації згідно з її конституційними процедурами. Рекомендації, видані відповідно до статті 23, формально не мають обов'язкової сили, проте набувають значної нормативної ваги завдяки авторитету організації та сталій практиці їх дотримання державами. У підсумку ВООЗ створює гетерогенну нормативну систему, де обов'язкові норми тісно переплітаються з рекомендаційними, формуючи особливий тип «м'якого» міжнародного права.

Помітним є вплив ВООЗ і поза сферою прямого нормотворення - через установлення міжнародних стандартів та класифікацій. Міжнародна

класифікація хвороб (МКХ), яка зараз перебуває в одинадцятій редакції, виконує роль базового стандарту медичної статистики та звітності у світовому масштабі. Міжнародна фармакопея ВООЗ задає вимоги до якості лікарських засобів, а технічні керівництва й настанови організації слугують орієнтиром для розбудови національної медичної політики. Хоча формально подібні документи мають характер рекомендацій, їх фактична обов'язковість виявляється у самому фінансово-економічному порядку: відхилення від міжнародних стандартів робить національну систему охорони здоров'я несумісною з глобальною медичною інфраструктурою [50].

Особливо рельєфно нормотворча роль ВООЗ виявилася під час пандемії COVID-19. Рішення Генерального директора організації про оголошення пандемії у березні 2020 року формально не мало обов'язкової сили, проте спричинило ланцюгову реакцію правових та практичних наслідків у всьому світі: запровадження надзвичайних режимів, закриття кордонів, масштабні карантинні обмеження. Подібний приклад показує, що вплив ВООЗ на поведінку держав давно вийшов за межі формальних правових інструментів і ґрунтується насамперед на її авторитеті як глобального координаційного центру. Водночас пандемія оголила низку системних слабкостей у механізмах організації, що дало поштовх дискусіям про реформу її мандата.

Помітно впливає на формування норм міжнародного медичного права й Організація Об'єднаних Націй - передусім через діяльність своїх головних органів. Генеральна Асамблея ООН ухвалює декларації та резолюції з медичних питань, які, не маючи юридично обов'язкової сили, формують нормативні очікування й суттєво впливають на розвиток галузі. Особливої уваги заслуговують резолюції про загальне охоплення послугами охорони здоров'я, проголошення права на воду та санітарію, а також Цілі сталого розвитку, у яких третя ціль присвячена забезпеченню здорового способу життя й добробуту для всіх. Рада Безпеки ООН неодноразово кваліфікувала загрози здоров'ю - зокрема пандемії ВІЛ/СНІД та Ебола - як такі, що становлять загрозу міжнародному миру й

безпеці, відкриваючи шлях до примусових заходів у межах Статуту організації [51, с.12].

На регіональному рівні значним є внесок Ради Європи. Під її егідою прийнято низку документів з медичного права, серед яких уже згадана Овієдська конвенція. Європейський суд з прав людини, розглядаючи справи у межах Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, сформував розгорнуту прецедентну практику з питань охорони здоров'я - передусім через тлумачення статті 2 (право на життя) та статті 3 (заборона катування). Рішення Суду визнаються авторитетним джерелом тлумачення норм медичного права і часто цитуються в практиці інших міжнародних інстанцій, у тому числі поза європейським простором.

Свій внесок у регіональне нормотворення робить і Африканський союз. Створені у 2017 році Африканські центри з контролю та профілактики захворювань поступово перетворилися на реальну координаційну структуру епідеміологічного нагляду на континенті, що особливо помітно проявилось під час спалахів Ебола. У межах АСЕАН, Ліги арабських держав та інших регіональних об'єднань також функціонують механізми співробітництва у сфері охорони здоров'я, які доповнюють глобальні інструменти ВООЗ та ООН і враховують специфіку регіонів.

Серед спеціалізованих міжнародних установ, що активно беруть участь у формуванні норм медичного права, варто згадати ЮНІСЕФ, Фонд ООН у галузі народонаселення (UNFPA) та Об'єднану програму ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС). Названі організації розробляють стандарти й керівні принципи, які наповнюють зміст права на здоров'я конкретними вимогами щодо окремих вразливих груп населення - дітей, жінок, людей, які живуть з ВІЛ. Їхня нормотворчість здебільшого здійснюється не через укладення обов'язкових договорів, а через підготовку програмних документів, технічних настанов і запровадження систем моніторингу, які поступово перетворюються на фактично обов'язкові стандарти [42, с.1732].

Не варто залишати поза увагою й роль неурядових організацій, хоч вони традиційно не вважаються суб'єктами міжнародного права. «Лікарі без кордонів», Міжнародний комітет Червоного Хреста, «Партнери у справах здоров'я» та низка інших структур ефективно виконують моніторингові й адвокаційні функції, привертаючи увагу держав та міжурядових установ до прогалин у правовому регулюванні й сприяючи просуванню нових стандартів. Деякі неурядові організації беруть безпосередню участь у переговорах щодо нових міжнародних медичних інструментів, користуючись консультативним статусом при ВООЗ, ЕКОСОП та інших структурах системи ООН.

Реформа ВООЗ і посилення її нормотворчого мандата перетворилися на одне з центральних питань міжнародного медичного права після пандемії COVID-19. Розпочаті у 2022 році переговори щодо Пандемічної угоди в межах Міжурядового переговорного органу віддзеркалюють прагнення держав удосконалити систему глобального управління охороною здоров'я. Запропоновані проекти передбачають посилення зобов'язань держав у частині прозорості, обміну патогенами та справедливого розподілу медичних контрзаходів. Від результату відповідних переговорів значною мірою залежить майбутнє місце ВООЗ у системі джерел міжнародного медичного права [34, с.55].

Підсумовуючи, варто констатувати: міжнародні організації - передусім ВООЗ, ООН та регіональні інституції - виступають провідним рушієм у формуванні норм міжнародного медичного права. Їхня роль виявляється у створенні правових норм, виробленні стандартів, координації діяльності держав, моніторингу імплементації та просуванні ключових медико-правових ініціатив. Сама роль є динамічною та постійно трансформується під впливом нових глобальних викликів, тому ефективність подальшого розвитку галузі значною мірою залежатиме від спроможності міжнародних організацій адаптуватися до змінюваних умов та потреб світової спільноти.

2.3. Загальні та спеціальні принципи міжнародного медичного права

Принципи міжнародного медичного права становлять базові засади, які визначають зміст і напрям розвитку норм галузі, задають ціннісні орієнтири для тлумачення правових зобов'язань і слугують підставою для розв'язання суперечностей між окремими нормами. Їхня система є двоскладовою: до неї входять загальні принципи, властиві всьому міжнародному праву, та спеціальні, тобто галузеві, які відображають специфіку відносин у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 2.3.

Класифікація загальних і спеціальних принципів міжнародного медичного права

Критерій	Загальні принципи міжнародного права (застосовуються і в медичному праві)	Спеціальні принципи міжнародного медичного права
Сутність	Базові універсальні принципи, притаманні всім галузям міжнародного права	Принципи, що виникли та діють безпосередньо у сфері охорони здоров'я
Основна спрямованість	Регулювання міжнародних відносин загалом, захист прав і стабільності	Захист здоров'я людини та функціонування глобальної системи охорони здоров'я
Приклади принципів	– принцип поваги до прав людини; - принцип суверенної рівності держав; - принцип співробітництва; - принцип добросовісного виконання міжнародних зобов'язань; - принцип невтручання у внутрішні справи держав	– принцип охорони громадського здоров'я; - принцип рівного доступу до медичної допомоги; - принцип солідарності у сфері охорони здоров'я; - принцип невідкладного реагування на надзвичайні ситуації; - принцип медичного нейтралітету; - принцип конфіденційності медичних даних
Рівень застосування	Універсальний (усі галузі міжнародного права)	Галузевий (лише міжнародне медичне право)
Функція	Формують загальну правову основу міжнародного порядку	Конкретизують регулювання у сфері охорони здоров'я

Характер впливу	Опосередкований для медичної сфери	Прямий і практичний у медичній сфері
-----------------	------------------------------------	--------------------------------------

Серед загальних принципів міжнародного права, що мають безпосереднє значення для медичної сфери, доцільно виокремити суверенну рівність держав, невтручання у внутрішні справи, добросовісне виконання міжнародних зобов'язань, повагу до прав людини та принцип міжнародного співробітництва. Останній має визначальне значення, оскільки реальне розв'язання проблем глобального здоров'я неможливе без узгоджених дій держав і міжнародних організацій. Натомість суверенна рівність окреслює межі допустимого зовнішнього впливу на внутрішню політику держави у сфері охорони здоров'я і забезпечує баланс між потребою у глобальній координації та правом нації на власну модель медичної системи [32, с.325].

Засаднича ідея захисту прав людини в межах міжнародного медичного права найповніше виявляється у концепції права на здоров'я. У Загальному коментарі № 14 Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав воно розкрито через чотири складові: наявність медичних послуг, їх доступність (зокрема географічну та економічну), прийнятність з етичної й культурної точки зору та належну якість. Подібний підхід визнано загальновизнаним і нині використовуваним як практичний орієнтир для оцінки виконання державами своїх зобов'язань у сфері охорони здоров'я.

Окрему групу утворюють спеціальні принципи. Особливе значення серед них має принцип медичного нейтралітету, який сформувався в межах міжнародного гуманітарного права. Згідно з ним медичний персонал, лікарні, санітарний транспорт та інші медичні об'єкти не можуть бути ціллю нападу незалежно від того, яку зі сторін збройного конфлікту вони обслуговують. Закріплений у Женевських конвенціях та додаткових протоколах до них, медичний нейтралітет уже давно набув статусу загальновизнаної норми міжнародного права. Водночас сучасна практика, зокрема досвід України, демонструє системні порушення цього принципу шляхом цілеспрямованих ударів по медичній інфраструктурі, що актуалізує потребу в посиленні механізмів реального захисту медичних об'єктів [44, с.500].

До числа базових для галузі належить і принцип рівного й недискримінаційного доступу до медичної допомоги. Його зміст полягає в тому, що жодна особа не може бути позбавлена медичної допомоги або отримувати її на гірших умовах через расу, стать, мову, релігію, походження чи інші ознаки. Закріплення відповідного підходу здійснено у Конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, Конвенції про права дитини та Конвенції про права осіб з інвалідністю. Реальна реалізація принципу залишається складним завданням: нерівність у доступі до медичних послуг зберігається як між державами, так і всередині окремих країн, що змушує міжнародне співтовариство постійно повертатися до перегляду відповідних механізмів [47, с.55].

Помітно зросло значення принципу прозорості та обміну інформацією після ухвалення Міжнародних медико-санітарних правил 2005 року. Згідно з ним держави зобов'язані оперативно інформувати ВООЗ про події, що можуть становити загрозу міжнародному здоров'ю, надавати точні й повні дані, а також ділитися науковою інформацією та біологічними матеріалами. Як показала пандемія COVID-19, ігнорування зазначеного обов'язку здатне обернутися катастрофічними глобальними наслідками. Разом із тим держави нерідко обмежено готові діяти відкрито - передусім через побоювання економічних втрат і репутаційних ризиків, пов'язаних із повідомленнями про спалахи небезпечних хвороб.

Принцип солідарності лежить в основі сучасного медичного права, оскільки відображає ідею спільної відповідальності держав за стан глобального здоров'я. Йдеться про обов'язок розвинених країн підтримувати ті, що розвиваються: надавати фінансову допомогу, передавати технології, сприяти розбудові національних систем охорони здоров'я. У ширшому контексті солідарність виявляється у справедливому розподілі вакцин, ліків і медичного обладнання під час криз, у підтримці міжнародних ініціатив на кшталт Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Усе це

органічно вписується в концепцію міжнародного права розвитку та надає медичному праву виразного соціального спрямування [55, с.936].

Особливою фундаментальністю вирізняється принцип інформованої згоди, що став однією з ключових засад медичної практики й біомедичних досліджень. Відповідно до нього будь-яке медичне втручання можливе лише за умови добровільної згоди особи, отриманої після надання їй вичерпної інформації про характер втручання, ризики, можливі наслідки та альтернативи. Уперше принцип чітко сформульовано в Нюрнберзькому кодексі 1947 року, прийнятому за результатами Нюрнберзького процесу над нацистськими лікарями, а пізніше він був детально розгорнутий у Гельсінській декларації Всесвітньої медичної асоціації. По суті, йдеться про повагу до автономії особи та встановлення меж, за які не може виходити навіть найгуманніша медична практика [32, с.325].

Помітно зростає значення принципу конфіденційності медичних даних в умовах цифровізації медицини й активного транскордонного обміну інформацією. Його дотримання вимагає від держав забезпечити захист персональних медичних даних від несанкціонованого доступу, використання чи поширення. Закріплення відповідних стандартів здійснено, зокрема, у Загальному регламенті ЄС про захист даних (GDPR), документах ВООЗ та низці двосторонніх і багатосторонніх угод. Проблема полягає в постійному пошуку балансу між необхідністю обміну медичною інформацією для контролю епідемій та вимогою збереження конфіденційності, що залишається однією з ключових дилем сучасного медичного права [26, с.33].

Специфічною рисою галузі є принцип науковості та доказовості, який підкреслює тісний зв'язок медичного права з медичною наукою. Згідно з ним міжнародні стандарти, рекомендації та рішення у сфері охорони здоров'я мають базуватися на перевірених наукових даних і доказах, а не на політичних, ідеологічних чи комерційних інтересах. Реалізація принципу значною мірою забезпечується через експертні механізми ВООЗ та інших міжнародних

структур, проте абсолютним його не вважають: на практиці він має узгоджуватися з принципами захисту прав людини, рівності й недискримінації.

Дедалі більший вплив на розвиток галузі справляє принцип сталого розвитку, узгоджений із Порядком денним ООН до 2030 року. Особливу позицію в його межах посідає Ціль сталого розвитку № 3 - забезпечення здорового життя й сприяння добробуту людей будь-якого віку. Серед її пріоритетів - боротьба із серцево-судинними та онкологічними захворюваннями, профілактика залежностей від психоактивних речовин, посилення систем охорони здоров'я та розширення доступу до медичних послуг. У сукупності сталий розвиток задає довгострокову перспективу для медичного права й вимагає узгодження медичних стандартів з економічними, соціальними та екологічними аспектами розвитку [16, с.88].

Окремої уваги заслуговує принцип невідкладного реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я, що сформувався під впливом досвіду пандемій SARS, Ебола та COVID-19. Його змістом є обов'язок держав і міжнародних організацій оперативно й узгоджено реагувати на глобальні загрози здоров'ю населення: швидко мобілізувати ресурси, обмінюватися інформацією, запроваджувати необхідні карантинні заходи та надавати допомогу постраждалим країнам. Ефективність реалізації принципу безпосередньо пов'язана з виконанням Міжнародних медико-санітарних правил і вважається одним із головних показників дієздатності всієї системи міжнародного медичного права [23, с.55].

Отже, жоден із перерахованих принципів не функціонує ізольовано. Усі разом вони утворюють цілісну систему, у якій кожна засада набуває повного змісту лише у взаємодії з іншими. Забезпечити рівний доступ до медичної допомоги без принципу солідарності, що передбачає справедливий розподіл ресурсів, практично неможливо. Принцип прозорості й обміну інформацією є необхідною передумовою ефективного реагування на надзвичайні ситуації, а науковість і доказовість створює основу для реального втілення вимог захисту прав людини в медичній сфері.

У науковій літературі співіснують різні підходи до класифікації принципів міжнародного медичного права. Французька дослідниця Брижит Тоебс розглядає їх крізь призму державних зобов'язань і пропонує своєрідну тріаду: обов'язок поважати, захищати та забезпечувати право на здоров'я. Натомість американський правник Лоуренс Гостін обстоює ціннісний підхід, у якому ключовими орієнтирами слугують гідність, рівність, солідарність, автономія та публічне благо. Незважаючи на різницю акцентів, наведені концепції не суперечать одна одній, а радше відображають різні рівні аналізу єдиної системи принципів, яка лежить в основі міжнародного медичного права.

Практичне значення принципів виявляється передусім у процесі тлумачення норм у конкретних ситуаціях. Коли в правовому регулюванні існують прогалини або виникають колізії між нормами, саме принципи виконують роль орієнтирів для ухвалення рішень. Прикладом може слугувати ситуація з примусовим лікуванням або запровадженням карантину, де органи влади й суди змушені шукати баланс між принципом охорони громадського здоров'я та принципом поваги до автономії особи. Аналогічна напруга виникає у сфері доступу до життєво необхідних, але дороговартісних ліків: тут протистоять одне одному принцип захисту прав інтелектуальної власності та принцип рівного доступу до медичної допомоги.

Розвиток принципів міжнародного медичного права засвідчує їхню здатність змінюватися та адаптуватися до нових глобальних викликів. У контексті цифровізації медицини особливої ваги набуває принцип конфіденційності медичних даних. У ситуаціях збройних конфліктів критичне значення має принцип медичного нейтралітету. Під час глобальних криз у сфері охорони здоров'я на перший план виходять принципи солідарності та невідкладного реагування. Подібна гнучкість лише підтверджує, що принципи галузі мають фундаментальний характер та виступають концентрованим виразом базових цінностей, на яких ґрунтується міжнародне регулювання у сфері охорони здоров'я.

Варто констатувати: система принципів міжнародного медичного права є складною, багаторівневою та динамічною конструкцією, яка органічно поєднує загальні засади міжнародного права зі спеціальними, властивими сфері охорони здоров'я. Вона відображає ціннісний вибір міжнародної спільноти на користь визнання здоров'я людини базовим благом і формує нормативні орієнтири для всього міжнародно-правового регулювання у галузі. Принципи постають не лише теоретичними категоріями, а й практичними інструментами, які скеровують діяльність держав, міжнародних організацій та інших учасників глобальної системи охорони здоров'я.

Загалом джерела і принципи міжнародного медичного права утворюють єдину нормативну систему, основу якої становлять міжнародні договори, акти міжнародних організацій та засадничі галузеві принципи. Від класичних галузей міжнародного права медичне право вирізняється передусім людиноцентричним характером, посиленою роллю міжнародних інституцій у нормотворенні та тісним зв'язком правових норм із науковими доказами й медичним знанням. Ефективне застосування описаної системи має критичне значення для подолання глобальних викликів охорони здоров'я - пандемій, інфекційних захворювань, нерівного доступу до медичних послуг - і для забезпечення захисту медичної інфраструктури в умовах збройних конфліктів.

РОЗДІЛ 3. ІНСТИТУЦІЙНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА (НА ПРИКЛАДІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ)

3.1. Міжнародні механізми співробітництва у сфері охорони здоров'я в системі сучасного міжнародного права

Міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я давно перетворилося на один із визначальних компонентів сучасних міжнародних відносин. Воно реалізується через розгалужену мережу інституційних механізмів, які охоплюють глобальний, регіональний і двосторонній рівні та поєднують у собі нормотворчу, координаційну, технічну й фінансову функції. Розуміння природи й логіки взаємодії названих механізмів є необхідною передумовою для оцінки ефективності реалізації норм міжнародного медичного права в сучасних умовах [24, с.88].

Глобальний рівень міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я формується насамперед системою ООН та її спеціалізованих установ. Центральне положення тут належить Всесвітній організації охорони здоров'я як основному координаційному й нормотворчому органу. Функції ВООЗ у системі міжнародного медичного права охоплюють розроблення стандартів, моніторинг ситуації у сфері охорони здоров'я, надання технічної допомоги, нагляд за виконанням Міжнародних медико-санітарних правил (далі - ММСП) та акумулювання й поширення науково-медичних знань. Водночас ВООЗ не є наднаціональним органом, а її повноваження не передбачають примусу, що залишається одним із системних обмежень глобального управління охороною здоров'я.

Ключовим інструментом глобального рівня є система реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я міжнародного значення (НСОЗ МЗ), закріплена у ММСП 2005 року. Згідно зі статтею 12 Правил, Генеральний директор ВООЗ уповноважений визначати, чи становить певна подія НСОЗ МЗ, спираючись на критерії серйозності, незвичайності, потенціалу міжнародного

поширення та необхідності скоординованих дій. Оголошення НСОЗ МЗ активує особливі зобов'язання держав щодо співробітництва з ВООЗ та запровадження рекомендованих заходів. Практика свідчить про реальну ефективність зазначеного механізму під час спалахів Ебола у 2014–2016 та 2018–2020 роках, пандемії COVID-19 у 2020–2023 роках і спалаху трох у 2022 та 2024 роках.

Помітну роль у системі глобального співробітництва відіграє Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, заснований у 2002 році. Фонд є унікальним прикладом державно-приватного партнерства, що мобілізує й спрямовує ресурси на боротьбу з трьома найпоширенішими інфекційними захворюваннями, що становлять глобальну загрозу здоров'ю. За час існування Фонд профінансував програми у понад 100 країнах і, за оцінками ВООЗ, сприяв порятунку мільйонів людських життів. Правова природа структури поєднує елементи міжнародної організації та приватноправового утворення, що робить Фонд цікавим об'єктом аналізу в контексті трансформації суб'єктного складу міжнародного медичного права [30, с.80].

Окремо слід виділити механізм COVAX, запущений у 2020 році в межах програми АСТ-Accelerator для забезпечення справедливого глобального доступу до вакцин проти COVID-19. COVAX об'єднав уряди понад 190 країн, ВООЗ, ЮНІСЕФ, Коаліцію з інновацій у підготовці до епідемій (СЕРІ) та Гаві, Альянс вакцин. Попри значні досягнення - доставку сотень мільйонів доз вакцин до країн з низьким рівнем доходу - механізм зіткнувся з відчутними труднощами: затримками постачання, нерівністю доступу й нестачею фінансування. Аналіз досвіду COVAX наочно ілюструє водночас потенціал і обмеження сучасного міжнародного медичного співробітництва.

На регіональному рівні координаційне навантаження беруть на себе механізми регіональних організацій. Регіональні бюро ВООЗ - ЄВРО, ПАГО, АФРО, СЕАРО, ПОМЕРО та АМБРО - здійснюють адаптацію глобальних стандартів до регіональних реалій і координують дії держав-членів у відповідних регіонах. Поряд із регіональними бюро ВООЗ діють і самостійні регіональні організації охорони здоров'я: Африканські центри контролю та профілактики

захворювань, Регіональне бюро охорони здоров'я Меконгу, медичні механізми у складі АСЕАН. Найбільш розвинутою серед регіональних моделей залишається система охорони здоров'я Європейського Союзу, докладний аналіз якої винесено в окремий підрозділ.

Двосторонній рівень міжнародного медичного співробітництва представлений широким спектром угод і механізмів між окремими державами. Угоди про взаємне визнання кваліфікацій медичних і фармацевтичних спеціалістів, договори про медичне страхування громадян, угоди про надання медичної допомоги іноземним пацієнтам, договори про спільні медичні дослідження - усе перераховане формує щільну мережу двосторонніх зобов'язань, яка доповнює багатосторонню договірну базу. Двосторонній формат нерідко виявляється гнучкішим і оперативнішим від багатостороннього, особливо тоді, коли держави прагнуть зберегти значний рівень контролю над умовами співробітництва.

Фінансові механізми міжнародного медичного співробітництва відіграють критичну роль у практичній реалізації норм медичного права. Офіційна допомога на цілі розвитку (ОДР) у секторі охорони здоров'я залишається основним каналом фінансування медичних систем у країнах із низьким рівнем доходу. За даними звітів ОЕСР, обсяг ОДР у медичному секторі вимірюється десятками мільярдів доларів щорічно. Реальна ефективність відповідного фінансування залежить від якості координації між донорами, узгодженості з пріоритетами країни-реципієнта та надійності механізмів підзвітності. Принципи, спрямовані на підвищення ефективності ОДР у сфері охорони здоров'я, закріплено у Паризькій декларації про ефективність допомоги та Аккрській програмі дій [53, с.54].

Суттєвої уваги заслуговує механізм міжнародних медичних місій та гуманітарної медичної допомоги. Реалізація механізму найбільш активна у зонах збройних конфліктів і стихійних лих, де доступ до медичної допомоги різко обмежений. Провідним актором у втіленні норм міжнародного гуманітарного медичного права залишається Міжнародний комітет Червоного Хреста (МКЧХ):

організація надає медичну допомогу пораненим і хворим, забезпечує захист медичного персоналу й установ, а також моніторить дотримання норм гуманітарного права. Промовистим прикладом служить досвід України, де медичні місії МКЧХ та інших організацій працюють в умовах повномасштабної агресії, що красномовно свідчить про практичну значущість механізму гуманітарної медичної допомоги.

Окремий і надзвичайно важливий інструмент реалізації норм медичного права - технічне співробітництво у сфері охорони здоров'я. ВООЗ, ЮНІСЕФ, Панамериканська організація охорони здоров'я та інші структури проводять масштабну роботу з технічного сприяння державам у розбудові національних систем охорони здоров'я: підготовка кадрів, зміцнення лабораторних потужностей, удосконалення систем епідеміологічного нагляду, розробка та впровадження національних медичних стандартів. Значення технічного співробітництва полягає у нарощуванні потенціалу держав для виконання міжнародних медичних зобов'язань, без чого ефективна реалізація норм галузі неможлива.

Невіддільною складовою системи міжнародного медичного співробітництва є моніторингові механізми. Їхнє завдання - регулярна оцінка стану виконання державами міжнародних медичних зобов'язань та виявлення прогалин, які потребують усунення. Серед основних інструментів варто виокремити Спільну зовнішню оцінку (JEE), запроваджену в межах ММСП, як одну з ключових форм моніторингу готовності держав до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я. Універсальний періодичний огляд Ради ООН з прав людини, своєю чергою, забезпечує оцінку дотримання права на здоров'я в загальному правозахисному вимірі. Низку питань охорони здоров'я систематично розглядають і тематичні комітети ООН - зокрема Комітет з прав дитини та Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок - у частині відповідних вразливих груп населення.

З огляду на викладене, система міжнародних механізмів співробітництва у сфері охорони здоров'я постає як складна багаторівнева конструкція, у якій

глобальний, регіональний і двосторонній формати взаємодоповнюють одне одного. Вона охоплює нормотворчу, координаційну, фінансову, технічну та моніторингову складові, кожна з яких є необхідною ланкою для функціонування системи в цілому. Загальна ефективність зазначеної системи безпосередньо впливає на спроможність міжнародного співтовариства реагувати на сучасні виклики у сфері охорони здоров'я - від пандемій до медичних наслідків збройних конфліктів і нерівного доступу до медичних послуг.

3.2. Інституційна система реалізації міжнародного медичного права в Європейському Союзі

Європейський Союз сьогодні є найбільш розвиненою регіональною системою реалізації норм міжнародного медичного права у світі. Від інших регіональних моделей його відрізняють передусім рівень інтеграції та ступінь обов'язковості норм: правовий порядок ЄС передбачає пряму дію та верховенство права Союзу над національним законодавством держав-членів, що забезпечує безпрецедентний рівень уніфікації медико-правових стандартів. Аналіз інституційної системи ЄС у сфері охорони здоров'я дає змогу глибше зрозуміти сучасний стан і перспективи розвитку регіонального виміру міжнародного медичного права [38, с.201].

Компетенція ЄС у сфері охорони здоров'я визначається статтею 168 Договору про функціонування Європейського Союзу (далі - ДФЄС), у якій закріплено принцип доповнювальності: ЄС лише доповнює діяльність держав-членів, основна відповідальність за організацію систем охорони здоров'я залишається за державами. Водночас Союз наділений самостійними повноваженнями у кількох ключових сферах: боротьбі з транскордонними загрозами здоров'ю, встановленні стандартів якості й безпеки лікарських засобів та медичних виробів, регулюванні трансплантації органів, захисті прав пацієнтів при транскордонному наданні медичної допомоги.

Провідною спеціалізованою установою ЄС у сфері охорони здоров'я виступає Європейський центр профілактики та контролю захворювань (ECDC), заснований у 2004 році зі штаб-квартирою у Стокгольмі. До мандата ECDC

належать епідеміологічний нагляд за інфекційними хворобами у державах-членах, оцінка ризиків, видача технічних рекомендацій, підготовка кадрів, координація мереж громадського здоров'я. Під час пандемії COVID-19 ECDC відіграв ключову роль у координації епідеміологічного реагування Союзу: видавав регулярні технічні рекомендації, готував оцінки ризиків та фахові огляди ситуації. Не менш значущою функцією Центру є забезпечення зв'язку між системами охорони здоров'я держав-членів і механізмами ВООЗ.

Єдиний ринок ЄС зумовлює функціонування особливих механізмів регулювання фармацевтичної продукції. Європейське агентство з лікарських засобів (EMA), розташоване в Амстердамі, проводить централізовану процедуру затвердження лікарських засобів для всього Союзу. Централізована реєстрація є обов'язковою для низки категорій препаратів - зокрема ліків для терапії онкологічних захворювань, ВІЛ/СНІДу, цукрового діабету та нейродегенеративних хвороб - і забезпечує єдиний стандарт оцінки якості, безпеки й ефективності для всього європейського простору. Завдяки цьому EMA фактично перетворилася на ключову ланку між нормами міжнародного медичного права у фармацевтичній сфері та конкретними регуляторними рішеннями, від яких залежить доступність ліків для громадян держав-членів.

Унікальним за змістом актом вторинного права ЄС є Директива 2011/24/ЄС про застосування прав пацієнтів при транскордонному наданні медичної допомоги, що регулює право громадян Союзу отримувати медичну допомогу в іншій державі-члені та вимагати відповідного відшкодування витрат. Директивою реалізовано принцип вільного руху послуг та принцип рівного доступу до охорони здоров'я в масштабах ЄС. Також у ній закріплено принципи безперервності допомоги, інформованої згоди й повноти медичної документації при транскордонному переміщенні пацієнтів. Практика застосування Директиви 2011/24/ЄС демонструє суттєву нерівномірність у рівні використання її механізмів громадянами різних держав-членів, що відображає відмінності в рівнях поінформованості й доступності транскордонної медичної допомоги.

Відчутним кроком у посиленні компетенції ЄС у сфері охорони здоров'я стало утворення у 2021 році Органу ЄС з готовності та реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я (HERA). HERA, заснована Регламентом ЄС 2022/2371, уповноважена забезпечувати доступність медичних контрзаходів - вакцин, діагностичних засобів, лікарських препаратів та засобів індивідуального захисту - для протидії транскордонним загрозам здоров'ю. До повноважень структури належать укладення угод про попередню закупівлю з виробниками контрзаходів, фінансування їх розробки та моніторинг готовності держав-членів до надзвичайних ситуацій. Поява HERA стала прямою відповіддю на уроки пандемії COVID-19 і помітно посилила інституційний потенціал ЄС у сфері охорони здоров'я.

Регулювання охорони здоров'я на рівні ЄС реалізується також через механізми захисту даних і цифрового здоров'я. Загальний регламент ЄС про захист даних (GDPR) 2016 року, що набув чинності у 2018 році, встановлює посилені стандарти захисту спеціальних категорій персональних даних, до яких належать дані про здоров'я. Стаття 9 GDPR закріплює принцип заборони обробки даних про здоров'я за замовчуванням з обмеженим переліком винятків. Сформульований підхід суттєво обмежує використання медичних даних у дослідницьких цілях та системах епідеміологічного нагляду, породжуючи складний баланс між захистом приватності й потребами охорони здоров'я. Паралельно ЄС активно просуває ініціативу Європейського простору медичних даних (EHDS), покликану забезпечити безпечний транскордонний обмін медичними даними в межах Союзу.

Не менш важливим виміром інституційної системи ЄС у сфері охорони здоров'я є судовий захист відповідних прав. Суд Європейського Союзу неодноразово ухвалював рішення, що суттєво вплинули на формування права ЄС у медичній сфері. Знаковою стала серія рішень у справах Kohll (1998), Decker (1998) та Watts (2006), у яких Суд закріпив право громадян ЄС отримувати медичну допомогу в іншій державі-члені на підставі принципу вільного руху послуг. Зазначені рішення заклали суддівський фундамент для подальшого

законодавчого регулювання транскордонної охорони здоров'я, кульмінацією якого стало ухвалення Директиви 2011/24/ЄС. Суд ЄС також виносив рішення щодо торговельних обмежень у фармацевтичній сфері, рекламування лікарських засобів, захисту медичних даних, формуючи багатий масив прецедентного права у галузі медичного права Союзу [43, с.42].

Окремої уваги в контексті міжнародного медичного права заслуговує питання членства ЄС у міжнародних організаціях охорони здоров'я. Наразі Союз має статус спостерігача при ВООЗ, але не є її повноправним членом, що пояснюється обмеженим суб'єктним складом організації. Водночас ЄС бере активну участь у роботі ВООЗ через координацію позицій держав-членів і виступає єдиним блоком на міжнародних форумах з охорони здоров'я. Угода про асоціацію між ЄС та Україною, зокрема положення Розділу V про технічні бар'єри в торгівлі та санітарні і фітосанітарні заходи, передбачає зближення стандартів охорони здоров'я та їх гармонізацію з нормами Союзу, що має пряме значення для адаптації українського медичного законодавства.

Таблиця 3.1.

Інституційна система реалізації міжнародного медичного права в
Європейському Союзі

Рівень / держава	Інституції та механізми	Функції в реалізації міжнародного медичного права	Практичні приклади (пандемії, НС)
ЄС (наднаціональний рівень)	Європейська комісія	Формування спільної політики охорони здоров'я, координація дій держав-членів	Спільні закупівлі вакцин проти COVID-19
ЄС	ECDC (Європейський центр профілактики та контролю захворювань)	Епіднадгляд, збір даних, оцінка ризиків, раннє попередження	Моніторинг поширення COVID-19, щотижневі епідзвіти
ЄС	European Medicines Agency (EMA)	Оцінка безпеки та ефективності ліків і вакцин	Швидка реєстрація вакцин проти COVID-19

ЄС	HERA (Управління з підготовки та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я)	Координація готовності до пандемій, стратегічні запаси медичних засобів	Формування резервів вакцин і масок після COVID-19
Німеччина	Robert Koch Institute (RKI)	Епідеміологічний моніторинг, наукові рекомендації уряду	Визначення карантинних заходів під час COVID-19
Франція	Santé Publique France, Вища рада громадського здоров'я	Оцінка ризиків, управління кризами, координація охорони здоров'я	Введення національного санітарного надзвичайного стану
Італія	Istituto Superiore di Sanità (ISS) + регіональні органи	Аналіз даних, координація медичної системи	Управління першою хвилею COVID-19 у регіонах
Швеція	Public Health Agency of Sweden	Науково-орієнтоване управління епідеміями	М'якші карантинні заходи під час COVID-19
Польща	Головна санітарна інспекція (GIS)	Контроль інфекцій, організація обмежувальних заходів	Вакцинаційна кампанія та контроль кордонів

Порівняльна характеристика інституційної системи реалізації міжнародного медичного права в ЄС та в окремих його державах-членах дає змогу простежити, як наднаціональні механізми Союзу поєднуються з національними системами охорони здоров'я, а також як міжнародні стандарти медичного права імплементуються на практиці під час пандемій та інших надзвичайних ситуацій. У зведенні відображено ключові інституції, їхні основні функції та приклади практичного застосування в умовах кризових викликів, що дозволяє комплексно оцінити рівень координації та ефективності медичного управління в межах європейського простору.

Отже, можна стверджувати: інституційна система реалізації міжнародного медичного права в Європейському Союзі є найбільш розвиненою регіональною моделлю у відповідній сфері. Її особливість полягає у поєднанні наднаціональних і міжурядових елементів, розгалуженій агентурній мережі,

потужному судовому механізмі захисту прав пацієнтів та унікальному регуляторному потенціалі у сферах фармацевтики, медичних виробів і цифрового здоров'я. Описана модель слугує орієнтиром при розробленні регіональних механізмів охорони здоров'я в інших частинах світу та джерелом важливих уроків для подальшого вдосконалення системи міжнародного медичного права в цілому.

3.3. Практика застосування міжнародного медичного права в державах Європейського Союзу в умовах пандемій та надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я

Пандемії та надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я є своєрідним стрес-тестом для системи міжнародного медичного права, виявляючи як її сильні сторони, так і структурні вади. Досвід держав-членів Євросоюзу в умовах пандемії COVID-19, а також попередніх спалахів SARS, пташиного грипу H1N1 та Ebola, надає значний масив практичного матеріалу для аналізу реального функціонування норм міжнародного медичного права в регіональному контексті.

Нормативно-правова реакція ЄС на початок пандемії COVID-19 виявила суттєві прогалини у механізмах координації. На початковому етапі - у лютому-березні 2020 року - держави-члени діяли переважно в автономному режимі, запроваджуючи різноманітні і нерідко суперечливі обмеження, часто без достатньої координації на рівні Союзу. Закриття кордонів, заборона на вивезення засобів індивідуального захисту, розбіжності у підходах до карантинних заходів продемонстрували недостатність існуючих механізмів координації. Ця ситуація дала поштовх для суттєвого реформування системи реагування ЄС на кризи у сфері охорони здоров'я.

Найбільш значущим прикладом ефективної спільної відповіді ЄС стала спільна закупівля вакцин проти COVID-19 у рамках механізму EU Vaccines Strategy. Єврокомісія уклала договори про попередні закупівлі з шістьма виробниками вакцин загальним обсягом понад два мільярди доз. Це дозволило забезпечити рівний доступ до вакцин для всіх держав-членів незалежно від

їхнього розміру та переговорних можливостей, що є практичним втіленням принципу рівності і солідарності міжнародного медичного права. Водночас механізм зазнав критики через затримки постачань і питання прозорості контрактів, що свідчить про необхідність вдосконалення системи закупівель.

Правова відповідь держав-членів ЄС на пандемію COVID-19 характеризувалася масштабним введенням обмежувальних заходів, що суттєво зачіпали фундаментальні права і свободи. Обов'язкові локдауни, обмеження свободи пересування, вимоги щодо носіння масок, введення ковід-сертифікатів - усі ці заходи потребували ретельного юридичного обґрунтування з точки зору пропорційності і необхідності. Суди держав-членів, а також Суд ЄС і Європейський суд з прав людини сформували значний масив прецедентної практики з питань правомірності обмежувальних заходів в умовах охорони здоров'я. Зокрема, Суд ЄС у справі C-597/20 підтвердив право держав-членів на запровадження обмежень вільного руху осіб в умовах пандемії за умови дотримання принципів пропорційності і недискримінації.

Цифровий COVID-сертифікат ЄС (EU Digital COVID Certificate), запроваджений Регламентом 2021/953, є прикладом інноваційного правового інструменту, розробленого в умовах пандемічної надзвичайної ситуації. Цей сертифікат фіксував інформацію про вакцинацію, перенесене захворювання або негативний результат тестування на COVID-19 у стандартизованому цифровому форматі і застосовувався для полегшення вільного переміщення в межах ЄС. Регламент встановив жорсткі стандарти захисту персональних даних, передбачивши обмеження цілей обробки, мінімізацію даних і заборону їх використання для цілей, не пов'язаних із вільним пересуванням. Механізм сертифікату було поширено на низку третіх країн, зокрема Україну, що свідчить про його потенціал як стандарту для ширшого міжнародного регулювання.

Реакція системи охорони здоров'я ЄС на пандемію COVID-19 виявила суттєві структурні нерівності між державами-членами. Держави з більш розвиненими та фінансово стійкими системами охорони здоров'я - Австрія, Нідерланди, Скандинавські країни - демонстрували вищу стійкість до

пандемічного шоку порівняно з державами з менш розвиненими системами. Зокрема, ряд нових держав-членів з Центральної і Східної Європи зіткнулися з особливо серйозними труднощами у забезпеченні медичної допомоги населенню в найгострішій фазі пандемії. Ця нерівність є викликом для принципу рівного доступу до охорони здоров'я і стимулом для поглиблення співробітництва у рамках ЄС з метою підтягнення відстаючих систем до загального стандарту [37, с.116].

Важливим аспектом практики застосування міжнародного медичного права в ЄС в умовах надзвичайних ситуацій є захист прав медичних працівників. Пандемія COVID-19 поставила медичний персонал перед безпрецедентним навантаженням і ризиком зараження, актуалізувавши питання про обов'язки держав і роботодавців щодо забезпечення безпечних умов праці медиків. У відповідь Єврокомісія і держави-члени вжили ряд заходів: збільшили постачання засобів індивідуального захисту, запровадили пріоритетну вакцинацію медичного персоналу, ввели специфічні заходи соціальної підтримки. Водночас повсюдний брак засобів захисту на початку пандемії і масова захворюваність медичних працівників свідчать про недостатню готовність систем охорони здоров'я держав-членів до такого масштабу загрози.

Аналіз практики правового регулювання охорони здоров'я в ЄС в умовах надзвичайних ситуацій дозволяє виокремити ряд уроків для вдосконалення системи міжнародного медичного права. По-перше, необхідна більш чітка правова основа для спільних заходів ЄС у надзвичайних ситуаціях у сфері охорони здоров'я, яка б дозволяла оперативно впроваджувати скоординовані відповіді без тривалих переговорів. По-друге, механізми солідарного розподілу медичних ресурсів між державами-членами потребують законодавчого закріплення і автоматизації активації. По-третє, стандарти захисту прав пацієнтів і медичних працівників у надзвичайних ситуаціях мають бути чітко визначені і гарантовані незалежно від гостроти кризи. По-четверте, залучення громадянського суспільства до розробки і реалізації заходів реагування є

необхідною умовою для підтримання суспільної довіри і дотримання прав людини в умовах обмежень.

У ширшому контексті міжнародного медичного права досвід ЄС у подоланні пандемії COVID-19 є джерелом цінних уроків для глобальної системи. Механізми спільних закупівель, цифрові сертифікати, посилена координація в галузі епідеміологічного нагляду - усі ці інструменти, апробовані в рамках ЄС, мають потенціал для адаптації та тиражування на глобальному рівні. У рамках переговорів щодо Пандемічної угоди ВООЗ досвід ЄС активно використовується як орієнтир для розробки глобальних механізмів реагування. Відтак, регіональний досвід ЄС безпосередньо збагачує доктрину і практику міжнародного медичного права [39, с.115].

Таким чином, практика застосування міжнародного медичного права в державах ЄС в умовах пандемій і надзвичайних ситуацій є суперечливою, але надзвичайно повчальною. Вона засвідчує, що навіть найрозвиненіша регіональна система реалізації міжнародного медичного права стикається з серйозними викликами в умовах безпрецедентних криз. Водночас здатність ЄС виробити спільні відповіді - нехай і не одразу - і запровадити нові правові інструменти свідчить про стійкість і адаптивність регіональної системи. Ця практика є безцінним матеріалом для подальшого вдосконалення як регіонального, так і глобального виміру міжнародного медичного права.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження поняття міжнародного медичного права як галузі сучасного міжнародного права дозволяє сформулювати ряд узагальнень, які охоплюють як теоретичні засади галузі, так і її практичне функціонування в інституційних механізмах Європейського Союзу.

Аналіз передумов виникнення й етапів становлення міжнародного медичного права засвідчує, що галузь сформувалася як результат тривалого та внутрішньо суперечливого процесу, який охопив понад півтора століття. Передумови її формування мали комплексний характер і поєднували гуманітарну, епідеміологічну, технологічну й інституційну складові. Гуманітарне коріння галузі сягає Женевської конвенції 1864 року та діяльності Анрі Дюнана, тоді як епідеміологічна складова виявилася у Міжнародних санітарних конференціях, що з 1851 року започаткували традицію міждержавної взаємодії у боротьбі з холерою, чумою та іншими інфекціями. У роботі обґрунтовано чотириетапну періодизацію розвитку галузі: доінституційний (до 1851 року), кодифікаційний (1851–1919), інституційний (1919–1945) та сучасний системний етап (з 1945 року), у межах якого відбулося якісне розширення предмета регулювання й формування комплексної архітектури джерел.

Поняття міжнародного медичного права у дослідженні визначено як сукупність юридично обов'язкових норм та принципів, що регулюють відносини між державами, міжнародними організаціями й іншими учасниками глобального правопорядку у сфері охорони здоров'я людини. Предмет галузі охоплює широке коло суспільних відносин: профілактику й контроль інфекційних та транскордонних захворювань, правовий статус медичних працівників і пацієнтів, застосування сучасних медичних технологій, проведення біомедичних досліджень, а також формування етичних стандартів медичної практики. Аналіз позицій зарубіжних дослідників - зокрема Лоуренса Гостіна, Брижит Тоебс, Ханни Арунделл і Мартіна Кляйна - та українських науковців, серед яких І.О. Качан, О.О. Федоренко й М.О. Петренко, дав підстави стверджувати, що, попри

різницю в акцентах, доктрина одностайно визнає комплексний, людиноцентричний характер галузі та її тісний зв'язок із реалізацією права на здоров'я.

Місце міжнародного медичного права в системі сучасного міжнародного права визначається його генетичним зв'язком із кількома базовими галузями та одночасно зростаючою функціональною самостійністю. У співвідношенні з міжнародним правом прав людини медичне право виступає як *lex specialis*, наповнюючи декларативну норму про право на здоров'я конкретним юридичним змістом. Зв'язок з міжнародним гуманітарним правом виявляється передусім у принципі медичного нейтралітету, а взаємодія з міжнародним економічним правом - у балансуванні комерційних інтересів і публічного інтересу в охороні здоров'я. У сучасних умовах галузь дедалі більше «сек'юритизується», переходячи у площину глобальної безпеки, що особливо рельєфно проявилось під час пандемії COVID-19 та у воєнному досвіді України, де системні удари по медичній інфраструктурі актуалізували питання про конвергенцію медичного, гуманітарного та кримінального міжнародного права.

Дослідження міжнародних договорів як основного джерела галузі засвідчило їхнє центральне положення у нормативній архітектурі міжнародного медичного права. Особливе значення мають Міжнародні медико-санітарні правила 2005 року з властивим їм механізмом «мовчазної згоди», Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну 2003 року, Женевські конвенції 1949 року з додатковими протоколами, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 року, а на регіональному рівні - Овідська конвенція 1997 року. Договірна база галузі демонструє стійкі тенденції розвитку: перехід від вузьких санітарно-технічних угод до широких рамкових конвенцій, зростання ролі актів міжнародних організацій та поступову диверсифікацію суб'єктного складу договірних відносин. Водночас механізми імплементації міжнародних медичних договорів залишаються відносно слабкими, що визначає одне з пріоритетних завдань реформування галузі.

Аналіз ролі міжнародних організацій у формуванні норм галузі підтвердив, що ВООЗ, ООН та регіональні інституції виступають провідною рушійною силою її розвитку. Унікальність правового статусу ВООЗ полягає у поєднанні нормотворчих повноважень, передбачених статтями 19, 21 та 23 її Статуту, що дозволяє організації створювати гетерогенну нормативну систему з обов'язковими, договірними та рекомендаційними елементами. Помітну роль відіграють також спеціалізовані установи системи ООН (ЮНІСЕФ, ЮНФПА, ЮНЕЙДС), регіональні організації - передусім Рада Європи з її Європейським судом з прав людини - та неурядові організації, серед яких особливо вирізняються Міжнародний комітет Червоного Хреста й «Лікарі без кордонів». Переговори щодо Пандемічної угоди, розпочаті у 2022 році, демонструють прагнення міжнародного співтовариства посилити інституційну спроможність глобального управління охороною здоров'я з урахуванням уроків пандемії COVID-19.

Систематизація принципів міжнародного медичного права дозволила виокремити дві взаємопов'язані групи: загальні принципи, властиві всьому міжнародному праву (суверенна рівність держав, добросовісне виконання зобов'язань, повага до прав людини, міжнародне співробітництво), та спеціальні галузеві принципи - медичний нейтралітет, рівний і недискримінаційний доступ до медичної допомоги, прозорість та обмін інформацією, солідарність, інформована згода, конфіденційність медичних даних, науковість і доказовість, сталий розвиток, невідкладне реагування на надзвичайні ситуації. Принципи галузі функціонують не як ізольовані категорії, а як цілісна система, у якій кожна засада набуває повного змісту лише у взаємодії з іншими. Сучасний розвиток принципів засвідчує їхню здатність адаптуватися до нових глобальних викликів - цифровізації медицини, збройних конфліктів, пандемій - і підтверджує, що принципи галузі є концентрованим виразом базових цінностей міжнародного регулювання у сфері охорони здоров'я.

Аналіз міжнародних механізмів співробітництва дозволив встановити, що відповідна система являє собою складну багаторівневу конструкцію, у якій

глобальний, регіональний і двосторонній формати взаємодоповнюють одне одного. Глобальний рівень формується насамперед системою ООН і ВООЗ та такими інструментами, як механізм НСОЗ МЗ, Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, COVAX. Регіональний рівень представлений як регіональними бюро ВООЗ, так і самостійними регіональними організаціями. Двосторонній рівень формує щільну мережу гнучких та оперативних угод між державами. Усі рівні поєднуються через фінансові, технічні й моніторингові механізми, ефективна взаємодія яких є необхідною умовою реалізації норм міжнародного медичного права.

Дослідження інституційної системи реалізації міжнародного медичного права в Європейському Союзі засвідчило, що ЄС нині є найбільш розвиненою регіональною моделлю у відповідній сфері. Її особливість полягає у поєднанні наднаціональних і міжурядових елементів, розгалуженій агентурній мережі (ECDC, EMA, HERA), потужному судовому механізмі захисту прав пацієнтів через Суд Європейського Союзу та унікальному регуляторному потенціалі в галузях фармацевтики, медичних виробів і цифрового здоров'я. Модель ЄС слугує реальним орієнтиром для розбудови регіональних медичних механізмів в інших частинах світу та джерелом важливих уроків для вдосконалення системи міжнародного медичного права в цілому.

Аналіз практики застосування міжнародного медичного права в державах ЄС в умовах пандемії COVID-19 виявив як сильні, так і слабкі сторони регіональної системи. На початковому етапі пандемії держави-члени діяли переважно в автономному режимі, що оголило недостатню скоординованість механізмів реагування. Натомість Стратегія ЄС щодо вакцин та механізм спільних закупівель стали практичним втіленням принципів солідарності й рівності, забезпечивши доступ до вакцин незалежно від розміру держави та її переговорних можливостей. Цифровий COVID-сертифікат ЄС, запроваджений Регламентом 2021/953, продемонстрував можливість поєднати потреби охорони здоров'я із стандартами захисту персональних даних. Водночас пандемія виявила структурні нерівності між системами охорони здоров'я держав-членів

та актуалізувала проблему захисту прав медичних працівників. Уроки європейського досвіду - посилення спільних закупівель, цифровізація сертифікатів, координоване реагування - мають реальний потенціал для адаптації на глобальному рівні, зокрема в межах переговорів щодо Пандемічної угоди ВООЗ.

Узагальнюючи результати дослідження, варто констатувати: міжнародне медичне право пройшло шлях становлення від технічних санітарних домовленостей середини ХІХ століття до самостійної комплексної галузі сучасного міжнародного права, яка інтегрує елементи права прав людини, гуманітарного, екологічного, торговельного та цифрового права. Її людиноцентричний характер, посилена роль міжнародних інституцій у нормотворенні, тісний зв'язок із науковими доказами та здатність до адаптації роблять міжнародне медичне право однією з найдинамічніших галузей сучасного правопорядку. У контексті української правової системи розвиток галузі набуває особливого значення з огляду на повномасштабну агресію Російської Федерації проти України, систематичні удари по медичній інфраструктурі та гострі гуманітарні виклики, які актуалізують потребу в зміцненні міжнародно-правових механізмів захисту медичної сфери, а також у послідовному поглибленні європейської інтеграції у сфері охорони здоров'я. Подальші дослідження галузі є особливо актуальними в напрямках розробки інструментів притягнення до відповідальності за порушення медичного нейтралітету, удосконалення механізмів імплементації договірних зобов'язань, посилення інституційного потенціалу ВООЗ і регіональних медичних організацій та формування правових засад глобальної біобезпеки в постпандемічний період.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Нормативні джерела та судова практика

1. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я: прийнятий 22 липня 1946 р. ВООЗ: [Веб-сайт]. URL: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (дата звернення: 10.03.2026).
2. Женевська конвенція про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях від 12 серпня 1949 р. Верховна Рада України: [Веб-сайт]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_151 (дата звернення: 10.03.2026).
3. Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права від 16 грудня 1966 р. Верховна Рада України: [Веб-сайт]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042 (дата звернення: 10.03.2026).
4. Конвенція про права дитини від 20 листопада 1989 р. Верховна Рада України: [Веб-сайт]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021 (дата звернення: 10.03.2026).
5. Конвенція про права осіб з інвалідністю від 13 грудня 2006 р. Верховна Рада України: [Веб-сайт]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71 (дата звернення: 10.03.2026).
6. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод від 4 листопада 1950 р. Верховна Рада України: [Веб-сайт]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004 (дата звернення: 10.03.2026).
7. Конвенція Ради Європи про права людини та біомедицину (Ов'єдська конвенція) від 4 квітня 1997 р. Рада Європи: [Веб-сайт]. URL: <https://rm.coe.int/168007cf98> (дата звернення: 10.03.2026).
8. Міжнародні медико-санітарні правила ВООЗ 2005 року: ухвалені Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я 23 травня 2005 р. ВООЗ: [Веб-сайт]. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496> (дата звернення: 10.03.2026).

9. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну від 21 травня 2003 р. ВООЗ: [Веб-сайт]. URL: <https://fctc.who.int/publications/m/item/who-framework-convention-on-tobacco-control> (дата звернення: 10.03.2026).

10. Загальна декларація про біоетику та права людини ЮНЕСКО від 19 жовтня 2005 р. ЮНЕСКО: [Веб-сайт]. URL: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_rus (дата звернення: 10.03.2026).

11. Протокол Сан-Сальвадора до Американської конвенції про права людини від 17 листопада 1988 р. ОАД: [Веб-сайт]. URL: <https://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-52.html> (дата звернення: 10.03.2026).

12. Гаазька конвенція про закони і звичаї суходільної війни від 18 жовтня 1907 р. Верховна Рада України: [Веб-сайт]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_222 (дата звернення: 10.03.2026).

13. Регламент (ЄС) 2021/953 Європейського парламенту і Ради від 14 червня 2021 р. про систему цифрового COVID-сертифікату ЄС EUR-Lex: [Веб-сайт]. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX%3A32021R0953> (дата звернення: 10.03.2026).

14. Директива 2011/24/ЄС Європейського парламенту і Ради від 9 березня 2011 р. про застосування прав пацієнтів при транскордонному наданні медичної допомоги EUR-Lex: [Веб-сайт]. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX:32011L0024> (дата звернення: 10.03.2026).

15. Регламент (ЄС) 2022/2371 Європейського парламенту і Ради від 23 листопада 2022 р. про серйозні транскордонні загрози здоров'ю EUR-Lex: [Веб-сайт]. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX:32022R2371> (дата звернення: 10.03.2026).

Наукові джерела

16. Задорожній О.В. Міжнародне право в міждержавних відносинах. К.: Університет «Україна», 2011. 504 с.

17. Буткевич В.Г. Міжнародне право. Основи теорії. К.: Либідь, 2002. 608 с.

18. Gostin L.O. Global Health Law. Cambridge: Harvard University Press, 2014. 520 p.
19. Toebes B. The Right to Health Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook / Ed. A. Eide et al. The Hague: Kluwer, 2001. P. 169–190.
20. Arunthel H., Klein M. Global Health Law: Comparative Perspectives. Geneva: WHO Press, 2018. 310 p.
21. Хенкертс Ж.-М., Досвальд-Бек Л. Звичаєве міжнародне гуманітарне право. К.: МКЧХ, 2006. Т. 1: Норми. 800 с.
22. Мицик В.В. Права людини у міжнародному праві: підручник. К.: Видавничий дім «Промінь», 2010. 722 с.
23. Буроменський М.В. Міжнародне право: навчальний посібник. К.: Юрінком Інтер, 2006. 336 с.
24. Качан І.О. Міжнародне медичне право як система: поняття та структура Право України. 2020. № 4. С. 88–104.
25. Федоренко О.О. Функціональний вимір міжнародного медичного права Юридичний вісник. 2021. № 2. С. 56–71.
26. Петренко М.О. Міжнародне медичне право в умовах цифрових трансформацій Альманах міжнародного права. 2022. Вип. 28. С. 33–49.
27. Раданович Н.М. Міжнародно-правовий захист медичного персоналу в умовах збройних конфліктів Вісник Львівського університету. Серія юридична. 2019. Вип. 68. С. 155–168.
28. Мережко О.Г. Право міжнародних договорів: сучасні проблеми теорії та практики. К.: Таксон, 2002. 344 с.
29. Буяшенко К.А. Право на охорону здоров'я у системі міжнародних прав людини Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Право». 2021. Вип. 67. С. 222–231.
30. Ізарова І.О. Захист медичного персоналу в збройних конфліктах: практика ЄСПЛ Право і суспільство. 2022. № 1. С. 74–89.
31. Буткевич О.В. Адаптація законодавства України у сфері охорони здоров'я до стандартів ЄС Держава і право. 2020. № 87. С. 41–57.

32. Fidler D. From International Sanitary Conventions to Global Health Security *Chinese Journal of International Law*. 2005. Vol. 4. Iss. 2. P. 325–392.
33. Van Dijk P. et al. *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights*. 4th ed. Antwerp: Intersentia, 2006. 1190 p.
34. Grossman D., Oskin-McCormick G. *Global Health Law: Key Issues and Debates*. Washington: PAHO, 2016. 280 p.
35. Murillo-González C. TRIPS and the Right to Health: Balancing Interests *International Trade Law Review*. 2018. № 4. P. 67–84.
36. Bercher D. *The Nuremberg Code and the Development of International Biomedical Law*. Sydney: University Press, 2020. 196 p.
37. Чаплінський В. Міжнародне гуманітарне право: принципи та норми / пер. з пол. К.: Нова Юстиція, 2008. 358 с.
38. Meunier P. L'organisation de santé de la Société des Nations et le droit sanitaire international *Annuaire français de droit international*. 2009. Vol. 55. P. 201–228.
39. Kudge M. *The History of International Health Law*. Toronto: University of Toronto Press, 2014. 320 p.
40. Blanché L. The Pan American Sanitary Bureau and Global Health Governance *Swiss Review of International Law*. 2011. Vol. 67. P. 33–58.
41. Sukin M. International Sanitary Conferences and the Formation of Global Sanitary Law *British Journal of International Law*. 2013. Vol. 5. P. 112–138.
42. Gostin L.O., Sridhar D. Global Health and the Law *New England Journal of Medicine*. 2014. Vol. 370. P. 1732–1740.
43. Tobin J. *The Right to Health in International Law*. Oxford: Oxford University Press, 2012. 424 p.
44. Taylor A.L. Governing the Globalization of Public Health *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2004. Vol. 32. Iss. 3. P. 500–508.
45. Gostin L.O., Katz R. The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security *Milbank Quarterly*. 2016. Vol. 94. Iss. 2. P. 264–313.

46. Meier B.M., Onzivu W. The Evolution of Human Rights in World Health Organization Policy and the Future of Human Rights Through Global Health Governance *Public Health*. 2014. Vol. 128. P. 179–187.

47. Toebes B. et al. (eds.) *Health and Human Rights in Europe*. Antwerp: Intersentia, 2012. 448 p.

48. Burci G.L., Quirin J. The World Health Organization and the Struggle Against COVID-19 *International Organizations Law Review*. 2020. Vol. 17. Iss. 2. P. 281–303.

49. Horton R. Offline: The COVID-19 Catastrophe *The Lancet*. 2020. Vol. 395. Issue 10229. P. 1019.

50. Fidler D.P. COVID-19 and International Law *Just Security*. 2020. URL: <https://www.justsecurity.org/69394/covid-19-and-international-law/> (дата звернення: 10.03.2026).

51. Мережко О.Г. Концепція міжнародного медичного права в сучасній доктрині *Альманах міжнародного права*. 2018. Вип. 21. С. 12–29.

52. Буяшенко К.А. *Міжнародне медичне право: концептуальні засади*. К.: КСУ, 2021. 210 с.

53. Gostin L.O. *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. 3rd ed. Berkeley: University of California Press, 2016. 736 p.

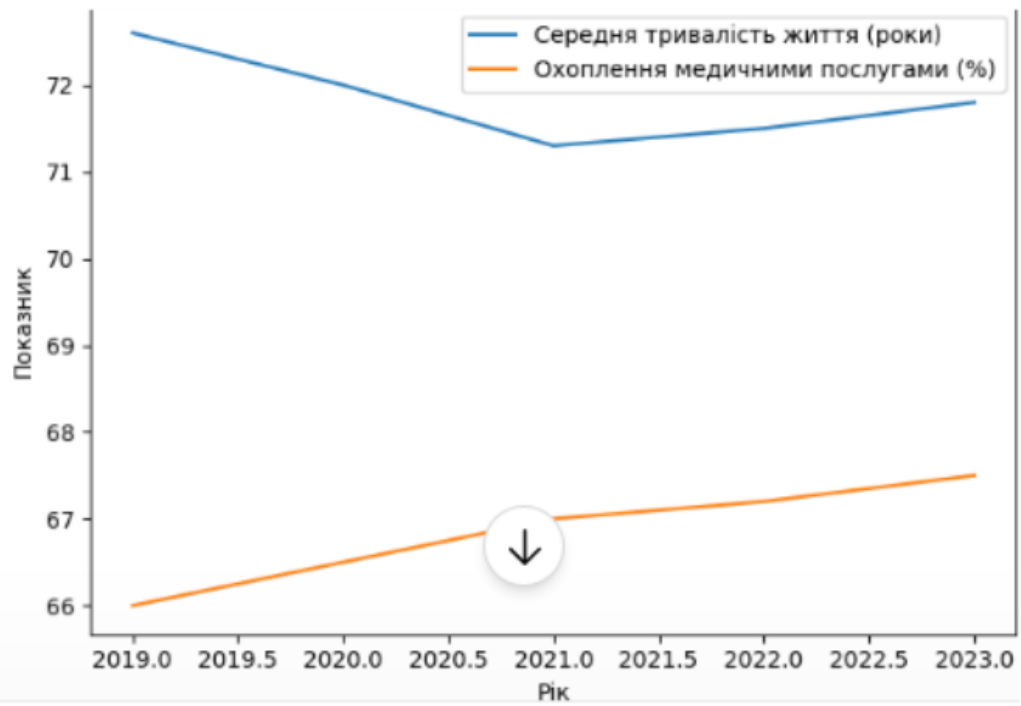
54. Ooms G. et al. The Right to Health: From the Global Fund to the Alma-Ata Vision of Primary Health Care *Global Public Health*. 2008. Vol. 3. Iss. 2. P. 177–192.

55. Frenk J., Moon S. Governance Challenges in Global Health *New England Journal of Medicine*. 2013. Vol. 368. P. 936–942.

ДОДАТКИ

Статистичні показники для аналізу міжнародного медичного права

Показник	Період / рік	Значення	Одиниця виміру	Примітка (значення для міжнародного медичного права)
Середня тривалість життя у світі	2021	71,3	роки	Відображає глобальний рівень доступу до медицини
Надлишкова смертність через COVID-19	2020–2021	13,3–16,6 млн	осіб	Показує масштаб глобальної медичної кризи
Частка чоловіків серед смертей COVID-19	2020–2021	57	%	Гендерний аспект глобального здоров'я
Втрачені роки життя в Європі	2020–2022	16,8 млн	років життя (YLL)	Соціально-економічні наслідки пандемії
Кількість країн із суттєвим розривом у доступі до медицини	орієнтовно 2010–2023	>100	країни	Нерівність у реалізації права на здоров'я
Покриття основними медичними послугами у світі	2019–2023	~67	% населення	Показник універсального охоплення здоров'ям (УНС)
Країни з повним цифровим епіднаглядом	2023	~60–70	країни	Рівень готовності до міжнародних медичних криз



Статистика фінансування систем охорони здоров'я

Рік	ВООЗ (млрд \$)	ООН медичні/гуманітарні програми (млрд \$)	Світовий банк (млрд \$)	Global Fund (млрд \$)	Двосторонні донори (млрд \$)	Приватні фонди (млрд \$)	Загальна тенденція
2015	4.0	8.5	12.0	3.8	25.0	3.0	Базовий стабільний рівень
2016	4.2	8.8	12.5	3.9	26.0	3.2	Повільне зростання
2017	4.5	9.0	13.0	4.0	27.0	3.5	Розширення програм
2018	4.7	9.5	13.8	4.3	28.5	3.8	Посилення глобальної координації
2019	5.0	10.0	14.5	4.6	30.0	4.0	Передкризове зростання
2020	6.5	18.0	20.0	5.5	45.0	8.0	COVID-19 різкий стрибок фінансування
2021	6.0	16.5	18.5	5.8	42.0	7.5	Високий кризовий рівень
2022	5.8	15.0	17.0	5.6	40.0	7.0	Початок стабілізації
2023	6.0	15.5	17.8	5.9	41.5	7.8	Постпандемічне відновлення
2024	6.3	16.0	18.2	6.1	43.0	8.2	Зростання цифрової медицини
2025	6.5	16.8	19.0	6.3	44.0	8.5	Інноваційне фінансування

Вплив війни на систему охорони здоров'я

Рік	Пошкоджені / зруйновані медзаклади (од.)	Напади на медперсонал (од.)	Переміщені медпрацівники (осіб)	Доступ населення до медицини (%)	Міжнародна медична допомога (млрд \$)
2014	50	20	1 000	90%	0.5
2015	80	35	2 000	85%	0.7
2016	120	50	3 500	80%	1.0
2017	150	65	5 000	78%	1.2
2018	180	80	6 500	75%	1.5
2019	200	95	8 000	73%	1.8
2020	220	110	10 000	70%	2.5
2021	250	130	12 000	68%	3.0
2022	900	400	25 000	55%	8.0
2023	1100	450	30 000	60%	7.5
2024	1200	480	32 000	62%	7.8
2025	1300	500	35 000	65%	8.2