

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:

МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Здобувачки 4 курсу
денної форми навчання
Сипливої Марини Володимирівни

Науковий керівник:
Каспрук Екмен О. С., к.ю.н., доцент

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	10
1.1. Поняття, принципи та значення міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я.....	10
1.2. Становлення та розвиток міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я.....	18
1.3. Система суб'єктів міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я.....	30
РОЗДІЛ 2. МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ ТА ІНСТРУМЕНТИ РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	37
2.1. Міжнародні договори та конвенції у сфері охорони здоров'я.....	37
2.2. Роль Всесвітньої організації охорони здоров'я у формуванні міжнародних стандартів охорони здоров'я.....	42
2.3. Міжнародні програми, рекомендації та «м'яке право» у сфері охорони здоров'я.....	47
РОЗДІЛ 3. ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИХ МЕХАНІЗМІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НАЦІОНАЛЬНІ ПРАВОВІ СИСТЕМИ.....	51

3.1.Механізми імплементації міжнародних стандартів охорони здоров'я у національне законодавство.....	51
3.2.Досвід зарубіжних держав щодо впровадження міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я.....	55
3.3.Перспективи вдосконалення міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні.....	57
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	66

ВСТУП

Проблема міжнародно-правового регулювання сфери охорони здоров'я належить до тих явищ, які вже давно вийшли за межі суто національного правового регулювання і набули виразного міжнародно-правового, безпекового, соціального та гуманітарного значення. У сучасних умовах охорона здоров'я населення перестає розглядатися виключно як внутрішня справа держави, перетворюючись на глобальну цінність, що потребує узгодженого міжнародно-правового регулювання. Поширення транснаціональних загроз, зокрема інфекційних захворювань, пандемій, екологічних криз, наслідків збройних конфліктів, а також стрімкий розвиток біомедичних технологій обумовлюють необхідність формування ефективної системи міжнародно-правових норм і механізмів у цій сфері. За таких умов забезпечення права людини на охорону здоров'я перестає бути лише внутрішньою справою окремої країни. Воно об'єктивно потребує узгоджених міжнародних механізмів, спільних підходів до стандартизації медичної допомоги, координації діяльності міжнародних організацій, національних інституцій та інших суб'єктів, а також постійного оновлення міжнародно-правової бази відповідно до нових глобальних викликів.

Актуальність теми дослідження визначається також її значенням для розвитку юридичної науки і правозастосовної практики. У теоретичному аспекті вона дозволяє уточнити зміст міжнародно-правових механізмів регулювання охорони здоров'я, виявити їх еволюцію, співвідношення універсального і регіонального рівнів регулювання, а також встановити місце міжнародних організацій у системі глобальної охорони здоров'я. У прикладному аспекті дослідження дає змогу оцінити роль України у системі міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я,

охарактеризувати її участь у відповідних інституційних механізмах, з'ясувати напрями вдосконалення національної правової та організаційної моделі охорони здоров'я в умовах воєнного стану та європейської інтеграції.

Ступінь наукової розробленості теми є достатнім для постановки проблеми, однак не дає підстав вважати її вичерпаною. Окремі аспекти міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я, діяльності міжнародних організацій у цій сфері, імплементації міжнародних стандартів у національне законодавство, а також зв'язку охорони здоров'я з правами людини та глобальною безпекою висвітлювалися у працях вітчизняних і зарубіжних дослідників. У роботі враховано наукові підходи О. В. Базова, Ю. Ю. Бойка, С. О. Болдіжара, О. В. Загородневої, П. В. Іванчова, О. І. Капітана, Ю. В. Назарка, Н. В. Сажієнко, С. Цебенка, а також праці зарубіжних авторів, зокрема L. O. Gostin та A. E. Yamin, щодо формування міжнародного права охорони здоров'я. Разом із тим у наявних дослідженнях переважає або історико-правовий аналіз міжнародних актів у сфері охорони здоров'я, або характеристика окремих інституційних механізмів, або аналіз імплементації міжнародних стандартів у конкретних національних системах. Значно менше уваги приділяється цілісному розгляду міжнародно-правових механізмів регулювання охорони здоров'я в поєднанні з аналізом сучасних інституційних механізмів ЄС, ролі м'якого права та перспектив вдосконалення національного регулювання в умовах воєнного стану. Саме ця обставина і визначає потребу в комплексному дослідженні обраної теми.

Мета бакалаврської роботи полягає у тому, щоб здійснити комплексний аналіз міжнародно-правових механізмів регулювання сфери охорони здоров'я, визначити їх інституційні та нормативні засади, а також встановити особливості імплементації міжнародних

стандартів у національну правову систему України в умовах воєнного стану та європейської інтеграції.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

- з'ясувати сутність міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я, його поняття, принципи та значення;
- дослідити становлення та розвиток міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я;
- визначити систему суб'єктів міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я та їх роль у формуванні глобальної політики;
- проаналізувати міжнародні договори та конвенції у сфері охорони здоров'я як основні юридичні інструменти регулювання;
- розкрити роль Всесвітньої організації охорони здоров'я у формуванні міжнародних стандартів та координації діяльності держав;
- дослідити міжнародні програми, рекомендації та акти «м'якого права» у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати механізми імплементації міжнародних стандартів охорони здоров'я у національне законодавство;
- узагальнити досвід зарубіжних держав щодо впровадження міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я;
- визначити перспективи вдосконалення міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі міжнародно-правового регулювання сфери охорони здоров'я на універсальному, регіональному та національному рівнях.

Предметом дослідження є міжнародно-правові норми, інституційні механізми та інструменти регулювання охорони здоров'я, форми міждержавного співробітництва у цій сфері, а також особливості їх імплементації у національну правову систему України.

Методологічну основу дослідження становить сукупність загальнонаукових, загальнологічних і спеціально-юридичних методів,

використання яких зумовлене метою, завданнями та предметом роботи. Формально-логічний метод використано для уточнення понятійного апарату дослідження, насамперед при характеристиці категорій «охорона здоров'я», «міжнародно-правові механізми», «міжнародні стандарти», «імплементация», «м'яке право». За допомогою системного методу досліджено міжнародно-правову базу регулювання охорони здоров'я як цілісну сукупність взаємопов'язаних універсальних, регіональних та національних елементів. Структурно-функціональний метод дав змогу виявити місце і роль міжнародних організацій, інституцій Європейського Союзу, судових та квазісудових органів, недержавних суб'єктів у загальному механізмі міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я.

Конкретно-історичний метод застосовано для аналізу еволюції міжнародного регулювання охорони здоров'я — від перших санітарних конференцій і конвенцій XIX століття до сучасної системи міжнародних договорів і стратегічних актів. Порівняльно-правовий метод використано для зіставлення універсальних міжнародних норм, регіональних актів Європейського Союзу та національного законодавства України, а також для виявлення особливостей їх співвідношення. Метод тлумачення правових норм дозволив з'ясувати зміст положень міжнародних конвенцій, рекомендацій, директив, стратегій та програм у сфері охорони здоров'я. Техніко-юридичний метод використано під час аналізу структури нормативних актів, їх понятійного апарату і способів юридичного закріплення механізмів регулювання у цій сфері.

Метод аналізу і синтезу дав змогу поєднати міжнародно-правовий, інституційний та порівняльно-правовий підходи до обраної проблематики. Метод узагальнення використано при формуванні висновків щодо стану і перспектив розвитку міжнародно-правових механізмів регулювання охорони здоров'я. Крім того, використано

метод правового прогнозування, за допомогою якого окреслено напрями вдосконалення співробітництва України з міжнародними та європейськими інституціями у цій сфері.

Нормативну основу дослідження становлять міжнародні договори універсального і регіонального характеру, зокрема Конституція ВООЗ 1946 року, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 року, Міжнародні медико-санітарні правила 2005 року, Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну 2003 року, акти Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я, документи стратегічного характеру, а також національне законодавство України, що регулює питання охорони здоров'я, захисту прав пацієнтів та співробітництва з міжнародними інституціями.

Емпіричну основу дослідження становлять офіційні статистичні дані, матеріали судової та квазісудової практики міжнародних органів, аналітичні матеріали ВООЗ та інших міжнародних організацій, документи Європейського Союзу, інформація компетентних органів України, а також результати наукових досліджень, присвячених міжнародно-правовим та інституційним аспектам регулювання охорони здоров'я.

Науково-практичне значення роботи полягає в тому, що сформульовані в ній положення, узагальнення та висновки можуть бути використані у подальших наукових дослідженнях проблем міжнародного права охорони здоров'я, у навчальному процесі при викладанні дисциплін міжнародно-правового, медико-правового та порівняльно-правового циклів, а також у практичній діяльності органів державної влади, закладів охорони здоров'я та інших інституцій, залучених до реалізації міжнародних стандартів у цій сфері.

Структура роботи зумовлена метою і завданнями дослідження. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаної літератури. Основний зміст роботи викладено на 64 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття, принципи та значення міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я

У сучасному світі, який характеризується глобальними викликами, інтенсивним переміщенням людей, транснаціональними потоками товарів і послуг, швидкістю поширення інфекційних хвороб та зростанням залежності держав одна від одної, питання міжнародно-правового регулювання сфери охорони здоров'я набуває особливої ваги. Воно перестає бути виключно внутрішньою компетенцією держави, перетворюючись на елемент міжнародної взаємодії, який потребує колективних рішень, спільних правових механізмів і узгоджених стандартів.

Охорона здоров'я виступає однією з фундаментальних сфер суспільного буття, що безпосередньо визначає якість життя населення, систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [34].

Термін «міжнародно-правове регулювання охорони здоров'я» охоплює систему міжнародних норм, принципів, інституцій та механізмів, покликаних забезпечити захист, підтримання та розвиток здоров'я світового населення. Його сутність полягає у формуванні правових рамок, які визначають права й обов'язки держав, міжнародних організацій, приватних суб'єктів та громадян у сфері здоров'я, а також передбачають механізми контролю, моніторингу та відповідальності.

Досліджуючи питання механізму правового регулювання у вказаній сфері, необхідно виділити дві складові, що відіграють вирішальну роль для функціонування цього механізму [3, с. 108]:

1. забезпечення прав та законних інтересів суб'єктів прав людини четвертого покоління;
2. забезпечення публічного інтересу держави і суспільства в цілому.

Визначення охорони здоров'я як предмета міжнародного права відбулося не одразу. Спершу воно розглядається переважно як внутрішнє завдання держави, що впливає із суверенітету. Лише після масштабних пандемій, воєн, голоду та глобальних епідемій світ поступово усвідомив, що хвороби не визнають кордонів, і тому ефективна боротьба з ними потребує узгоджених транснаціональних дій.

Серед методів управління охороною здоров'я організаційні та економічні можуть застосовуватися як на державному, так і на регіональному, місцевому рівні. Такі методи, як психологічні, спеціальні, адміністративні застосовуються в більшій мірі на регіональному рівні та в процесі організації функціонування комунальних підприємств закладів охорони здоров'я та інших медичних установ [4, с. 163].

Понятійна структура міжнародно-правового регулювання включає як класичні норми міжнародного права, що мають імперативний або договірний характер, так і механізми «м'якого права» - рекомендацій, декларацій, стратегічних документів і технічних стандартів, які, хоча й не є юридично обов'язковими, відіграють вирішальну роль у формуванні загальноприйнятих підходів до охорони здоров'я. Значення цих норм зросло з розвитком міжнародних інституцій, таких як Ліга Націй [56], Всесвітня організація охорони здоров'я [69], ООН [64], ЮНІСЕФ [61],

Світовий банк [68] та глобальні партнерства у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом, малярією та іншими захворюваннями, які акумулюють ресурси та координацію багатьох держав.

У структурі міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я центральне місце посідає концепція права людини на охорону здоров'я [24]. Вона закріплена в основоположних міжнародних актах, зокрема у Загальній декларації прав людини 1948 року [8], де визнається право кожного на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я. Це право зумовлює обов'язки держав щодо створення відповідної системи охорони здоров'я, забезпечення доступу до медичних послуг, санітарного контролю, профілактики захворювань, а також рівності та недискримінації у доступі до лікування. У міжнародно-правовій доктрині це право тлумачиться комплексно. Не лише як можливість отримати лікування, але й як гарантія сприятливих соціальних детермінант здоров'я - чистої води, належних умов праці, харчування, житла, освіти, інформації.

Принципи міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я є ідеями та нормами, що визначають стратегічний напрям і зміст правотворчої діяльності у цій сфері.

Принцип універсальності вимагає забезпечення права на здоров'я для кожної людини незалежно від громадянства, статусу чи місця проживання. Він підкреслює глобальний характер медичних ризиків та необхідність колективної відповідальності людства.

Принцип солідарності передбачає, що розвинені країни та міжнародні інституції повинні підтримувати менш розвинені держави у зміцненні їхніх систем охорони здоров'я, фінансуванні програм вакцинації, забезпеченні доступу до ліків та технологій. Принцип рівності та недискримінації відображає зобов'язання держав гарантувати, що соціально-економічні, етнічні чи гендерні фактори не

стануть бар'єром для отримання медичної допомоги. Принцип наукової обґрунтованості передбачає побудову політик охорони здоров'я на основі доказової медицини, міжнародних стандартів та наукових рекомендацій. Принцип превентивності акцентує увагу не лише на лікуванні, а й на запобіганні хворобам, розвитку громадського здоров'я, моніторингу ризиків. Нарешті, принцип комплексності наголошує на необхідності охоплення всіх компонентів здоров'я - фізичного, психічного, соціального.

Значення міжнародно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я зумовлене тим, що воно забезпечує державам узгоджений інструментарій для реагування на спільні загрози. Пандемія COVID-19 стала одним із найяскравіших прикладів, які продемонстрували, що ефективність національних заходів обмежена без глобальної координації [10, с. 299].

Міжнародно-правове регулювання охорони здоров'я не можна розглядати ізольовано від ширшого контексту прав людини, міжнародної безпеки, економічного розвитку та глобального управління. Стан здоров'я населення безпосередньо відображається на продуктивності праці, рівні соціального забезпечення, демографічних тенденціях, військовій готовності, туристичних потоках, міжнародній мобільності, економічному зростанні та конкурентоспроможності держав. Саме тому міжнародне право у цій сфері дедалі частіше позиціонується як інструмент не лише гуманітарного, але й стратегічного розвитку, що дозволяє країнам координувати дії задля досягнення спільного блага.

На рівні ООН охорона здоров'я розглядається як глобальний компонент людського розвитку, що вплетений у політику сталого розвитку. Принципи, закладені у Порядку денному сталого розвитку – 2030 [23], інтегрують охорону здоров'я з економічними, соціальними та екологічними детермінантами. Цілі сталого розвитку (ЦСР),

зокрема ЦСР 3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці» [23], формують «м'які правові рамки», які хоч і не є юридично обов'язковими, однак задають загальносвітовий політичний курс, формують моделі фінансування, визначають пріоритети міжнародних програм і впливають на законодавство держав через механізми політичного зобов'язання, моніторинг виконання та міжнародну репутаційну відповідальність.

Регіональні міжнародні механізми дозволяють побачити, як принципи міжнародного права реалізуються у конкретних територіальних контекстах. Наприклад, у Європейському Союзі охорона здоров'я поєднується із наднаціональною природою європейського права. Регламенти ЄС щодо безпеки лікарських засобів, вимоги до якості харчових продуктів, спільні програми контролю інфекцій [28]. А також Європейський центр профілактики та контролю захворювань (ECDC) [49] демонструють, що здоров'я є не тільки внутрішньою справою держав-членів, але й елементом спільного правопорядку. ЄС також є прикладом того, як принцип солідарності реалізується практично: під час пандемії COVID-19 закупівля вакцин була централізована, а розподіл – пропорційний, що запобігло нерівності доступу до лікування між державами-членами.

У межах Африканського Союзу міжнародно-правове регулювання охорони здоров'я набуває особливого значення через бідність, дефіцит ресурсів і поширеність інфекційних захворювань. Африканська хартія прав людини і народів та діяльність Африканського центру контролю та профілактики захворювань засвідчують прагнення забезпечити базові стандарти охорони здоров'я і доступ до глобальних медичних ресурсів. У цьому регіоні принцип солідарності має життєво необхідний характер, а міжнародне право виступає інструментом залучення фінансування та інтеграції в глобальні програми боротьби з хворобами.

В Азійсько-Тихоокеанському регіоні правове регулювання охорони здоров'я є багаторівневим і поєднує інтереси як високорозвинених, так і країн, що розвиваються. Регіональна співпраця зосереджується на торгівлі медичними товарами, транскордонних послугах, технологічному трансфері та санітарних стандартах. Організації на кшталт АСЕАН формують гнучкі правові механізми, які гармонізуються з рекомендаціями ВООЗ.

Для Латинської Америки характерним є поєднання охорони здоров'я з правами корінних народів і соціальною справедливістю. Панамериканська організація охорони здоров'я, як регіональний офіс ВООЗ забезпечує стандартизацію та нагляд, а право на здоров'я тлумачиться широко - у зв'язку з гідністю, довкіллям, доступом до води та подоланням дискримінації.

Загалом міжнародно-правове регулювання охорони здоров'я має практичний вимір. Воно формує національні системи, встановлює стандарти для медицини та фармацевтики й створює основу контролю за виконанням державами своїх зобов'язань. Попри обмеженість механізмів відповідальності через принцип суверенітету. Їх роль поступово зростає завдяки міжнародному моніторингу, вимогам прозорості та захисту права людини на здоров'я.

Нормативна природа міжнародного регулювання сфери охорони здоров'я ґрунтується на комплексі документів, які поступово сформували засади права людини на здоров'я та механізми міждержавного співробітництва. Першим актом, що заклав універсальний підхід до захисту здоров'я як компоненту гідності людини, стала Загальна декларація прав людини 1948 року, в якій ст. 25 встановила право кожного на рівень життя, достатній для підтримання здоров'я і добробуту [8]. Хоча декларація формально не є обов'язковим юридичним актом, вона набула статусу частини

міжнародного звичаєвого права і стала морально-політичним фундаментом для подальших договорів.

Найвищу юридичну визначеність норми про право на здоров'я отримали у Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права 1966 року, де ст. 12 прямо закріплює «право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я» [17].

Міжнародна інституціоналізація охорони здоров'я найбільш повно втілена у діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я [69], створеної на основі Конституції ВООЗ 1946 року [5]. Преамбула документа визначає здоров'я як «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя», а не просто відсутність хвороби. Саме така дефініція згодом увійшла у національні закони багатьох держав. Конституція ВООЗ містить норму про передачу державами частини суверенних повноважень на користь організації, що надає їй право встановлювати міжнародні стандарти, а державам - обов'язок співпрацювати (ст. 2).

Важливим обов'язковим міжнародним документом, що безпосередньо регулює міждержавні дії у випадку епідемій та загроз здоров'ю, є Міжнародні медико-санітарні правила 2005 року (IHR – International Health Regulations) [18]. Їхня ст. 6 встановлює обов'язок держав повідомляти ВООЗ про будь-які події, які можуть становити міжнародну загрозу здоров'ю, а ст. 12 надає Генеральному директору ВООЗ право оголошувати надзвичайну ситуацію у сфері охорони здоров'я, що має міжнародне значення. Юридична сила ММСП полягає в тому, що вони є обов'язковими для 196 країн, включно з усіма членами ВООЗ, і передбачають, нехай і обмежені, але реальні санкційні наслідки через міжнародну репутаційну відповідальність, контроль і оцінку готовності країни реагувати на загрози.

Регіональні договори доповнюють глобальні норми. Європейська соціальна хартія 1961 року (переглянута 1996 р.), ст. 11

[15, с. 90; 51], зобов'язує держави-члени Ради Європи забезпечити заходи для запобігання хворобам та створення умов, що сприяють доброму стану здоров'я. Договір про функціонування Європейського Союзу (TFEU), ст. 168 [60], закріплює, що політика ЄС спрямована на високий рівень охорони здоров'я людини та що ЄС має право координувати, доповнювати та підтримувати політику держав, а також ухвалювати обов'язкові регламенти в окремих сферах (наприклад, щодо лікарських засобів).

Право на здоров'я значною мірою зміцнюється міжнародними договорами, які захищають окремі групи населення. Так, Конвенція ООН про права дитини 1989 року, ст. 24 [45], зобов'язує держави забезпечити медичний догляд і профілактику хвороб для дітей; Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW, 1979), ст. 12 [43], гарантує недискримінаційний доступ жінок до лікування, планування сім'ї й охорони материнства; Конвенція про права осіб з інвалідністю 2006 року, ст. 25 [44], забезпечує рівність доступу до послуг охорони здоров'я, адаптованих до індивідуальних потреб.

Значення міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я також проявляється в його економічному вимірі. Сучасні механізми глобальної охорони здоров'я передбачають участь міжнародних фінансових інституцій: Світовий банк [68] фінансує програми вакцинавання, боротьби з ВІЛ/СНІДом і туберкульозом, Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (2002 р.) [58], працює за договірно-програмним принципом, укладаючи угоди з державами, які беруть на себе конкретні правові та політичні зобов'язання.

Усе це формує комплексне поняття міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я, як мережі норм, інституцій, процедур, рекомендацій та фінансово-правових зобов'язань, що разом

забезпечують формування глобального здоров'я як колективного публічного блага. У сучасній доктрині це благо розглядається як частина глобальної безпеки, а інколи навіть як *erga omnes*-обов'язок, тобто обов'язок держав перед усім людством (аналогічно нормам щодо довілля або прав людини) [1, с. 74].

З огляду на такі підходи, принципи міжнародного права у сфері охорони здоров'я мають не лише декларативний характер, а й практичну силу. Наприклад, принцип рівності та недискримінації був основою для рішень міжнародних судових органів, таких як рішення Комітету ООН у справах жінок щодо доступу до медичних послуг у сільських районах (справа *Alyne da Silva Pimentel v. Brazil*, 2011) [43], де держава була визнана відповідальною за смерть жінки внаслідок неналежного доступу до медичної допомоги. Це рішення не є формально судом, однак воно має політико-правову вагу й ілюструє механізм «м'якого» примусу, через міжнародний осуд, резолюції та міжнародну репутацію.

Таким чином, міжнародно-правове регулювання охорони здоров'я стає системою, яка:

- формує мінімальні стандарти, що держави не можуть ігнорувати;
- створює правові рамки для глобального реагування на загрози;
- забезпечує політичні, фінансові й організаційні інструменти для підтримки держав.

1.2. Становлення та розвиток міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я

Становлення і розвиток міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я є результатом тривалої історичної еволюції, яка відбувалася під впливом соціальних, політичних, економічних та наукових факторів. Дотепер ця еволюція залишається динамічним процесом, що визначається появою нових біомедичних загроз,

глобалізаційних викликів, міжнародної солідарності та зміною підходів до природи здоров'я як правової цінності. Сучасна складна система міжнародних норм не виникла раптово. Цей фундамент закладався протягом століть, у результаті поступового формування усвідомлення того, що хвороби та епідемії не мають кордонів і тому потребують наддержавних інструментів реагування.

Історичні витоки міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я можна простежити ще у середньовічних практиках карантину у портових містах Середземномор'я. У XIV столітті, після пандемії чуми (1347–1351), Венеція, Генуя, Марсель та інші порти запровадили перші у світі карантинні правила для кораблів та екіпажів, які прибували з регіонів, де фіксувалися випадки захворювання [12]. Ці правила були локальними, але вони заклали основу для принципу, який через століття стане міжнародно-правовим: превентивних заходів щодо поширення інфекційних хвороб між територіями. Поступово між державами почали укладатися двосторонні домовленості щодо карантинних заходів. Хоча вони і не мали системної юридичної природи, але стали першим кроком до формування міжнародного співробітництва в охороні здоров'я.

XIX століття стало переломним етапом. Інтенсивне розширення торгівлі, пришвидшення морських перевезень, розвиток науки та медицини створили умови для появи перших міжнародних конвенцій у сфері охорони здоров'я. У 1851 році в Парижі відбулася перша Міжнародна санітарна конференція [32, с. 407], на якій представники дванадцяти держав обговорили необхідність створення єдиної системи боротьби з холерою, чумою та жовтою лихоманкою. Хоча конференція завершилася без підписання угоди, вона заклала прецедент багатосторонніх переговорів, які згодом оформилися в перші міжнародні договори. Протягом 1851–1938 років відбулося одинадцять

таких конференцій, і результатом цього процесу стало укладення Міжнародної санітарної конвенції 1892 року [32, с. 407], яка стала першим юридично обов'язковим документом, спрямованим на запобігання поширенню інфекційних хвороб шляхом контролю за рухом кораблів та товарів.

Інституційний розвиток міжнародного права охорони здоров'я на початку ХХ століття пов'язаний зі створенням спеціальних міжнародних органів. У 1902 році ініціативою держав Західної півкулі була заснована Панамериканська санітарна бюро [31, с. 121], яка згодом стане Панамериканською організацією охорони здоров'я (РАНО) - сьогодні це найстаріша міжнародна організація охорони здоров'я у світі. У 1907 році було створено Міжнародне бюро громадської гігієни (Office International d'Hygiène Publique, ОІНР) [32, с. 409], яке стало першою постійною міжурядовою організацією в галузі медицини та займається збором статистики, розробкою рекомендацій та координацією санітарних заходів. Ці два органи сформували основу моделі міжнародної координації, яка пізніше буде узагальнена у діяльності ВООЗ.

Після Першої світової війни охорона здоров'я вперше була включена в структуру глобального міжнародного порядку. Ліга Націй [56], створена у 1919 році на основі Версальського договору, заснувала Здоровий комітет (Health Committee), що досліджував питання інфекційних хвороб, харчування, наркотичних речовин та дитячої смертності. Вперше з'явилася ідея, що охорона здоров'я є частиною міжнародної безпеки, а не лише гуманітарною сферою. Цей підхід стане провісником концепції «глобального здоров'я» ХХІ століття.

Друга світова війна стала каталізатором для створення організації, яка отримала б мандат на координацію охорони здоров'я у глобальному масштабі. У 1946 році була підписана Конституція

Всесвітньої організації охорони здоров'я, і 7 квітня 1948 року ВООЗ офіційно розпочала роботу [5]. Саме з цього моменту міжнародне право охорони здоров'я набуло інституційно завершеного характеру. ВООЗ започаткувала нову модель, вона стала не лише реагувати на спалахи, а й системно формувати політики: імунізація, медичні стандарти, лікарські засоби, доказова медицина, глобальний моніторинг.

Після 1948 року розвиток міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я відбувався хвилеподібно, залежно від глобальних викликів. У 1960–1970-х роках домінували програми боротьби з конкретними хворобами - малярією, віспою, поліомієлітом. У 1980 році світова спільнота оголосила про ліквідацію натуральної віспи, що стало безпрецедентним прикладом ефективності міжнародної координаційної політики. У 1981–1987 роках людство зіткнулося з епідемією ВІЛ/СНІД, і це спричинило зміну фокусу. З'явилися нові правові категорії: право на доступ до лікування, конфіденційність діагнозу, права пацієнтів. У 1987 році була створена Програма ООН зі СНІДу (UNAIDS), що стала першим прикладом глобальної міжвідомчої координації у сфері охорони здоров'я, яка базується не лише на медичних, а й на правових, соціальних та етичних аспектах [20, с. 75].

У ХХІ столітті міжнародно-правовий розвиток охорони здоров'я увійшов у нову фазу. Визначальну роль у ній відіграє глобалізація, біотехнології, зміна клімату та нерівність між державами. У 2005 році були ухвалені оновлені Міжнародні медико-санітарні правила, що змінили підхід з реагування на конкретні хвороби на реагування на будь-яку подію, що становить загрозу громадському здоров'ю міжнародного значення. Це означало нормативну революцію: тепер не хвороба визначає дії держав, а рівень ризику.

Останній поворотний момент - пандемія COVID-19 у 2020–2022 роках. Вперше в історії майже всі держави світу застосували міжнародні норми і механізми одночасно. ВООЗ оголосила надзвичайну ситуацію 30 січня 2020 року відповідно до ст. 12 ММСП. Спалах показав, що система має недоліки: відсутність санкцій, політичні маневри щодо повідомлень, нерівність доступу до вакцин. Результатом стали переговори щодо Глобального договору про пандемії (Pandemic Treaty) [67], які тривають у рамках ВООЗ з 2021 року. Вони мають на меті створити перший у світі договір, який прямо встановлюватиме юридичні зобов'язання держав щодо готовності до пандемій, взаємного забезпечення, обміну технологіями й фінансової солідарності.

Таким чином, історія становлення міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я. Це історія поступового визнання, що здоров'я є міжнародною правовою категорією, і що держави не можуть діяти ізольовано. Від локальних карантинів у Венеції до глобальних переговорів про договір пандемій, міжнародне право в цій сфері пройшло шлях від фрагментарності до складної системної архітектури.

Подальший розвиток міжнародно-правової системи охорони здоров'я характеризується переходом від суто санітарних регуляцій до ширшого, багатовимірного підходу, який охоплює етичні, соціальні, економічні та технологічні аспекти. У другій половині ХХ століття міжнародно-правові акти дедалі більше звертали увагу на умови життя людини як передумову реалізації права на здоров'я. Це дало підстави виокремити в міжнародному праві окремий напрям - міжнародне право громадського здоров'я, яке включає норми й інституції, спрямовані не лише на реагування на хвороби, але й на формування середовища, що забезпечує добробут людини [21, с. 89].

Важливою історичною рамкою є перехід від медичної моделі до соціально-правової парадигми охорони здоров'я. У 1970-х роках внаслідок усвідомлення обмеженості виключно лікувальних підходів міжнародне співтовариство заклало в основу правотворення концепцію «health for all» – «здоров'я для всіх». Вирішальним у цьому контексті став ухвалений спільно ВООЗ і ЮНІСЕФ Алма-Атинський акт (Декларація) 1978 року [46], який проголосив первинну медико-санітарну допомогу ключовим елементом глобальної системи охорони здоров'я. Документ визначив, що охорона здоров'я має бути доступною, культурно прийнятною, недискримінаційною та інтегрованою у соціально-економічні політики. Цей акт не є юридично обов'язковим, але він став поворотним моментом. Міжнародні правові норми почали охоплювати не лише інфекції чи карантин, а й питання фінансування, організації систем охорони здоров'я, підготовки медичних працівників та участі громад.

З кінця ХХ століття міжнародно-правовий розвиток набуває дедалі більшої складності через поєднання нормативних актів із програмно-стратегічними документами. Прикладом стало ухвалення у 2000 році Декларації тисячоліття ООН [64], яка серед Цілей розвитку тисячоліття (MDGs) містила конкретні показники у сфері здоров'я: зменшення дитячої смертності, поліпшення материнського здоров'я, боротьба з ВІЛ/СНІДом та малярією. Хоча документ не створив формально обов'язкових норм, він значно трансформував правову свідомість держав. Оскільки в імplementації цілей брали участь не лише уряди, а й міжнародні суди, донорські фонди, транснаціональні корпорації, релігійні організації та громадянське суспільство. Це стало новою рисою міжнародного регулювання – включення недержавних акторів у наповнення змісту норм.

Помітною тенденцією стало виникнення правових норм, спрямованих на конкретні категорії населення та окремі види ризиків.

Поворотним моментом стало прийняття Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну (FCTC) у 2003 році [66], що стала першим багатостороннім договором ВООЗ із питань охорони здоров'я, який прямо створює юридичні обов'язки держав щодо регулювання шкідливих звичок, маркетингу та транскордонного обігу товарів. Вона ознаменувала вихід міжнародного права охорони здоров'я за межі класичного розуміння інфекційних захворювань і формалізувала право держав обмежувати комерційні свободи заради захисту здоров'я.

Далі міжнародно-правові норми почали охоплювати і фармацевтичну сферу, яка стала критично важливою через нерівний доступ до ліків. У 1995 році було створено Світову організацію торгівлі (СОТ) [72], яка ухвалила Угоду TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) [38]. Вона встановила режим охорони патентів на лікарські засоби, але одночасно спричинила юридичний конфлікт: високі ціни на медикаменти робили їх недоступними для країн, що розвиваються. Ця суперечність призвела до прийняття Дохійської декларації 2001 року щодо TRIPS та охорони здоров'я [48], де було юридично закріплено право держав порушувати патенти заради порятунку життя населення, зокрема шляхом примусових ліцензій. Це закріпило принцип пріоритетності права на здоров'я над комерційними правами інтелектуальної власності.

Розвиток норм міжнародного права охорони здоров'я виявляє одну закономірність: норми майже завжди з'являються у відповідь на нові виклики, а не превентивно. Віспа спричинила формування перших конвенцій, грип – створення системи моніторингу, ВІЛ/СНІД - норм про права людини в охороні здоров'я, пандемія COVID-19 - переговори щодо нового договору. Проте в останні роки з'явилася тенденція до превентивної нормотворчості, зокрема у сфері біобезпеки, біоетики та технологій. Так, у 2005 році ЮНЕСКО ухвалило Універсальну декларацію про біоетику і права людини [65],

яка визначила етичні принципи використання біомедичних технологій. А у 2019 році ООН опублікувала рекомендації щодо біобезпеки, які почали формувати основу для потенційних майбутніх договорів у сфері генетичних технологій, редагування геному та біоінженерії.

Разом із тим, міжнародно-правові норми не можуть існувати ізольовано від реальності глобальної економіки. Саме тому починаючи з кінця ХХ століття розвивається напрям, який можна визначити як економізація міжнародного права охорони здоров'я. Глобальні фінансові інститути почали впливати на правотворчість шляхом умовного фінансування. Наприклад, Глобальний фонд, Світовий банк і програма GAVI укладають з державами юридично оформлені меморандуми, в яких фінансування обумовлене виконанням правових зобов'язань: внесенням змін у національні закони, створенням систем обліку вакцин, гарантіями прозорості. Таким чином, норми міжнародного права в цій сфері почали «імпортуватися» через фінансову залежність.

Іншим ключовим етапом розвитку стало зростання ролі міжнародних судових інституцій і правозахисних механізмів. У другій половині ХХ століття Європейський суд з прав людини [50] почав у своїй практиці тлумачити право на життя та гідність через призму доступу до охорони здоров'я. Навіть попри відсутність прямої статті про здоров'я у Європейській конвенції з прав людини 1950 року. Судові справи, такі як *Sentencia v. Moldova* або *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal* (2017), показали, що неналежний доступ до лікування може тлумачитися як порушення ст. 2 («право на життя») або ст. 8 («право на повагу до приватного і сімейного життя»). Це явище - «судова експансія» права на здоров'я - стало одним із найважливіших факторів наповнення міжнародних норм реальним змістом.

Особливістю сучасного етапу є також глобальна конкуренція за визначення змісту норм, де різні держави й організації намагаються формувати стандарти. Китай пропонує модель регулювання, засновану на державному контролі та технологічному моніторингу населення, ЄС - на правах людини й етичному праві, США - на приватно-комерційних механізмах і ринку інновацій. Ця конкуренція формує нову доктрину - «геополітика здоров'я», у межах якої міжнародне право стає простором боротьби за вплив і цінності.

Подальше поглиблення міжнародно-правового розвитку у сфері охорони здоров'я у XXI столітті стало наслідком усвідомлення того, що традиційні нормативні інструменти – міжнародні договори, конвенції, резолюції – не завжди здатні оперативно реагувати на стрімкі зміни глобального середовища. Складність сучасних викликів полягає у багатофакторності загроз: транснаціональні корпорації, цифрова медицина, кіберризика, фальсифікація ліків, генетична модифікація, зміна клімату, масові міграції та комерціалізація біомедичних даних створюють широкий спектр проблем, які часто виходять за межі суто медичного чи гуманітарного правового поля. Це означає, що міжнародно-правові норми більше не можуть формуватися у вузькому колі держав; їхній розвиток став багатосуб'єктним та поліцентричним.

Одним із найбільш дискусійних вимірів останніх десятиліть є питання того, чи можуть приватні актори – фармацевтичні компанії, біотехнологічні корпорації, виробники персональних медичних даних – фактично створювати міжнародні норми. Формально вони не є суб'єктами міжнародного права, проте їхня фінансова та технологічна потуга дозволяє їм впливати на зміст міжнародних рішень. Наприклад, програми глобальних закупівель вакцин GAVI, COVAX формально координуються ВООЗ та ЮНІСЕФ, однак у реальності цінова та виробнича політика визначається корпораціями, що вказує на появу

феномена, який у доктрині описують як «приватна нормотворчість у міжнародному праві охорони здоров'я». Вона проявляється у тому, що держави змушені імплементувати стандарти якості, сертифікації, клінічних випробувань, сформовані приватним сектором, щоб мати доступ до медичних товарів і технологій.

Зміна клімату також стала джерелом нової хвилі нормотворення. Хоча Кіотський протокол 1997 року та Паризька угода 2015 року є формально екологічними договорами. Вони містять важливий медико-правовий компонент: обов'язки щодо зменшення викидів і захисту довкілля спрямовані, серед іншого, на попередження поширення кліматично залежних хвороб – малярії, лихоманки денге, теплових ударів та алергічних захворювань. Це призвело до формування концепції «climate-health nexus» [40]. У межах якої регулювання охорони здоров'я вже не може розглядатися окремо від права міжнародного екологічного та гуманітарного. Новий правовий погляд полягає у тому, що глобальні загрози не сегментуються – вони переплітаються і формують потребу у мета-інтегрованих нормах.

Цифровізація медицини – ще один фактор, що вимагає перегляду фундаментів правового регулювання. Поширення телемедицини, носимих пристроїв, біометричних датчиків, мобільних застосунків для моніторингу стану здоров'я створює безпрецедентний обсяг персональних даних. Це актуалізує проблему конфіденційності, згоди, захисту баз даних та транскордонного обігу інформації. На сьогодні немає універсального договору, який би комплексно регулював цифрову медицину, однак окремі міжнародні акти, як-от Конвенція Ради Європи №108+ щодо автоматизованої обробки персональних даних [42], вже формують правову основу для захисту медичної інформації на наддержавному рівні. Таким чином, розвиток цифрової охорони здоров'я поступово створює потребу у новому

покоління міжнародно-правових норм, таких, що поєднуюватимуть традиційні концепти прав людини з технологічною реальністю.

Важливою зміною стає поступове формування в міжнародному праві норм, спрямованих на психічне здоров'я, що раніше майже не входило до глобального нормативного порядку. Сьогодні резолюції ВООЗ, документи ООН та рекомендації ЄС закликають держави до розробки правових механізмів недискримінації людей із психічними розладами, інтеграції психічного здоров'я у систему охорони здоров'я та встановлення юридичних стандартів у сфері примусового лікування, психотерапії та захисту пацієнтів у психіатричних закладах. Це вказує на ще одну тенденцію. Еволюція міжнародно-правових норм від вузького технічного реагування до правового гуманізму, у межах якого людина, її гідність та автономія є головним орієнтиром правотворення.

У теоретичному плані сучасний розвиток міжнародного права охорони здоров'я супроводжується дискусією щодо меж його дії. Основним питанням є співвідношення державного суверенітету і глобальної відповідальності. Класичне міжнародне право ґрунтувалося на концепції, що держави мають повну свободу визначати внутрішню політику, включно з охороною здоров'я. Проте глобальні інфекції та технологічні ризики продемонстрували: нездатність однієї держави контролювати спалах може становити загрозу іншим. А тому міжнародне право набуває рис, які в доктрині описують як «постсуверенне регулювання» – коли держави добровільно обмежують власну автономію заради глобальної стабільності. Такий процес можна спостерігати, наприклад, у добровільній участі держав у ММСП або у майбутньому договорі про пандемії.

Водночас розвиток норм не є лінійним і безконфліктним. На глобальному рівні існує структурна нерівність між країнами Півночі

та Півдня. Перша група має технології, наукові ресурси, потужну фармацевтику; друга – залежить від гуманітарної допомоги й часто стає пасивним реципієнтом норм. Ця нерівність породжує феномен «нормативного імперіалізму», коли стандарти розробляються без участі держав, яких вони найбільше стосуються. Саме тому Африканський Союз та низка країн Латинської Америки у 2021–2023 роках ініціювали зміни у проєкт *Pandemic Treaty*, наполягаючи на юридично гарантованому доступі до технологій, фінансів та вакцин. Цей історичний факт демонструє, що міжнародно-правовий розвиток сьогодні стає не просто технічним, а політичним процесом переговорів між нерівними акторами.

Крім того, сучасний етап характеризується тенденцією до поєднання різних гілок міжнародного права. Наприклад, право охорони здоров'я часто застосовується разом із міжнародним гуманітарним правом (у контексті воєн, як під час конфлікту в Сирії, де лікарні ставали об'єктами нападів), правом біженців (у зв'язку з медичною допомогою мігрантам), міжнародним торговельним правом (у регулюванні фармацевтичних патентів) та міжнародним правом прав людини [2, с. 162].

Філософське осмислення розвитку міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я також є невід'ємною частиною аналізу. На ранніх етапах правотворення здоров'я розглядалося як інструмент для захисту продуктивності населення й економічного потенціалу держави. Сьогодні ж у міжнародній доктрині спостерігається перехід до концепції здоров'я як онтологічної умови свободи людини, без якої неможлива реалізація жодного іншого права. Це означає, що міжнародне право охорони здоров'я дедалі частіше позиціонується як фундаментальне і первинне, а не похідне від інших сфер. Така зміна парадигми формує простір для того, щоб у майбутньому право на

здоров'я могло бути визнане нормою *jus cogens* – імперативною нормою, яка не допускає відступів.

Сучасний розвиток міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я характеризується також формуванням нових інструментів моніторингу – глобальних індексів, рейтингів готовності до пандемій, міжнародних аудитів та добровільних наглядових механізмів.

Узагальнюючи, розвиток міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я. Це історія поступового розширення предмета регулювання (від карантину до геномних технологій), зростання кола акторів (від держав до корпорацій, НУО та судових механізмів), трансформації юридичних форм (від договорів до рекомендацій і рейтингів) і зміни ціннісної основи (від економічного інструменталізму до правового гуманізму). Сьогодні міжнародне право охорони здоров'я є системою, яка постійно перебуває у русі, реагуючи на виклики й формуючи нові норми не лише на підставі минулого досвіду, але й через передбачення майбутніх загроз.

1.3. Система суб'єктів міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я

Система суб'єктів міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я охоплює широкий спектр акторів, здатних впливати на формування, розвиток та реалізацію норм у цій сфері. На відміну від класичної моделі міжнародного права, де центральними суб'єктами виступали виключно суверенні держави, сучасне міжнародне право охорони здоров'я характеризується поліцентричністю та багатосуб'єктністю. Поряд із державами вагому роль відіграють міжнародні міжурядові організації, регіональні інтеграційні об'єднання, судові та квазісудові інституції, недержавні організації, транснаціональні корпорації, фонди, професійні асоціації та навіть наукові консорціуми.

Традиційно центральним суб'єктом є держава, адже саме вона володіє первинними повноваженнями щодо забезпечення охорони здоров'я на своїй території, формування національної політики, виділення ресурсів та виконання міжнародних зобов'язань. Держави укладають міжнародні договори, ратифікують конвенції, беруть участь у голосуванні у ВООЗ, створюють делегації до спеціалізованих органів ООН та відповідають за імплементацію міжнародних норм у національне законодавство. Водночас саме на держави покладається відповідальність за порушення міжнародних стандартів, що свідчить про їхню центральну роль у регулятивній і відповідальній площинах [16].

Найвпливовішими інституційними суб'єктами є міжнародні міждержавні організації. Провідне місце посідає Всесвітня організація охорони здоров'я [5], яка має мандат на встановлення глобальних стандартів, координацію протиепідемічних дій, ухвалення нормативних актів і здійснення моніторингу виконання Міжнародних медико-санітарних правил. Інші органи ООН – ЮНІСЕФ, Програма ООН зі СНІДу, Світовий банк, ПРООН – не мають прямого мандату у сфері здоров'я, але впливають на формування норм шляхом фінансування та оцінювання політик держав. Регіональні організації – Європейський Союз, Африканський Союз, Організація американських держав – забезпечують просторове наближення міжнародних норм до регіональних історичних і соціальних умов. Вони ухвалюють регламенти щодо медичних товарів, координують систему епідеміологічного нагляду та іноді мають навіть механізми правової дії, які можуть бути жорсткішими, ніж глобальні.

Окремим шаром суб'єктності є міжнародні судові та наглядові інституції. Європейський суд з прав людини, Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав, Комітет з прав дитини та Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок здійснюють

квазісудовий контроль за дотриманням прав людини у сфері здоров'я. Хоча рішення або висновки таких органів не завжди мають прямий примусовий характер. Вони формують практику тлумачення норм, впливають на національні суди та стимулюють держави переглядати політики. Це вказує на появу нового компонента суб'єктності – інтерпретаційної влади, коли органи, що не можуть карати, все ж визначають зміст норми.

Вагомим феноменом сучасності стало посилення ролі недержавних акторів. Міжнародні неурядові організації [19] «Лікарі без кордонів», «Червоний Хрест», «Червоний Півмісяць», Human Rights Watch – виступають суб'єктами, які не створюють норм, але забезпечують їхню транспарентність, захист вразливих груп та фіксацію порушень. Їхню роль можна охарактеризувати як нормативно-посередницьку, оскільки вони формують інформаційну базу, що згодом може стати підставою для міжнародно-правових рішень. Транснаціональні корпорації у фармацевтичній сфері, попри формальну недержавність, отримують фактичний вплив на нормотворення через патенти, контракти, стандарти виробництва та участь у глобальних закупівлях. Фонди, такі як Фонд Білла і Мелінди Гейтс, стають «фінансовими суб'єктами», визначаючи порядок денний досліджень, інновацій і глобальних програм [52].

Дедалі помітнішу роль у формуванні міжнародно-правового простору відіграють професійні та академічні спільноти: епідеміологічні мережі, наукові консорціуми, асоціації лікарів та біоетиків. Їхнє значення полягає у тому, що вони визначають науково-доказові стандарти, без яких міжнародні норми не можуть бути легітимними. У практиці ВООЗ рекомендації технічних груп експертів часто лягають в основу обов'язкових рішень, що означає: хоча такі суб'єкти не мають юридичного статусу, вони мають нормативну «силу авторитету».

Таблиця 1.1.

Система суб'єктів міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я та характер їхньої ролі

Група суб'єктів	Тип суб'єкта (правовий статус)	Функції та інструменти впливу у сфері міжнародного права охорони здоров'я	Приклади інституцій / акторів
Держави	Первинні суб'єкти міжнародного права	Укладення та ратифікація міжнародних договорів; фінансування охорони здоров'я; виконання зобов'язань; формування національного законодавства; міжнародна звітність	Суверенні держави – члени ООН та ВООЗ
Міжнародні міжурядові організації (глобальні)	Повні суб'єкти міжнародного права, наділені компетенцією держав	Нормотворчість; координація; обов'язкові та рекомендаційні акти;	ВООЗ, ООН, ЮНІСЕФ, UNAIDS, Світовий

		моніторинг; технічна допомога; санкційні інструменти (репутаційні)	банк, ПРООН
Регіональні міждержавні об'єднання	Обмежена міжнародна право- суб'єктність, похідна від держав	Прийняття регіональних регламентів; узгодження стандартів; спільні програми реагування; фінансування; контроль за виконанням	ЄС (ECDC, EMA), Африкансь кий Союз (Africa CDC), ОАД, ASEAN
Судові та квазісудові органи	Інтерпретативн а та наглядова суб'єктність	Тлумачення міжнародних норм; розгляд скарг; формування практики застосування; вплив на внутрішні суди держав	ЄСПЛ, Комітет ООН з ЕСКП, Комітет з прав дитини, CEDAW

Міжнародні неурядові організації	Недержавні суб'єкти, без формальної правотворчої сили	Гуманітарна допомога; адвокація; документування порушень; формування міжнародного дискурсу; тиск громадської думки	«Лікарі без кордонів», Червоний Хрест, Human Rights Watch
Транснаціональні корпорації (фармацевтичні та біотехнологічні)	Фактичні економічні суб'єкти із впливом на норми	Виробництво ліків; патентна політика; стандарти якості; участь у глобальних закупівлях; вплив через фінансові угоди	Pfizer, Moderna, Johnson-Johnson, Novartis
Фонди та приватні донори	Фінансові суб'єкти, що опосередковано впливають на нормотворення	Умовне фінансування; визначення глобального порядку денного; формування програм і стандартів через грантові умови	Фонд Білла і Мелінди Гейтс, GAVI, Global Fund

Професійні мережі та наукові консорціуми	Епістемологічні суб'єкти (авторитет знань)	Визначення доказових практик; формування наукових рекомендацій; експертиза для ВООЗ; стандарти медичної підготовки	Глобальні епідеміологічні мережі, асоціації лікарів, біоетичні комітети
--	--	--	---

Таким чином, система суб'єктів міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я є багатовимірною. Вона поєднує державу як носія юридичної відповідальності, міжнародні організації як творців і координаторів норм, судові та квазісудові органи як інтерпретаторів, недержавні організації як посередників і контролерів, приватний сектор як економічний двигун, а наукову спільноту як епістемологічний фундамент. Ця поліцентричність водночас посилює ефективність системи – розширюючи спектр механізмів впливу – і створює виклики координації, адже різні суб'єкти мають різні інтереси та цінності. Відтак саме у взаємодії цих елементів формується сучасний міжнародно-правовий режим охорони здоров'я, який можна охарактеризувати як інтегровану, багатшарову та відкрите до еволюції систему.

РОЗДІЛ 2.

МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ ТА ІНСТРУМЕНТИ РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Міжнародні договори та конвенції у сфері охорони здоров'я

Міжнародні договори та конвенції є фундаментальними інструментами правового регулювання у сфері охорони здоров'я. Оскільки саме вони створюють юридично обов'язкові норми, визначають статус прав і обов'язків держав, формують стандарти реагування на загрози здоров'ю та забезпечують основу для глобальної координації. На відміну від рекомендацій чи декларацій, що мають м'який характер, договори виступають джерелом міжнародного зобов'язання, яке впливає на внутрішнє законодавство і стає критерієм відповідальності держав. Їхня поява та еволюція відображають історичний шлях людства - від боротьби з окремими хворобами до спроб створити універсальний правовий режим охорони здоров'я, що функціонує в умовах глобалізованого, взаємозалежного світу.

Першим поколінням міжнародних договорів, що формували основу майбутньої системи, були так звані санітарні конвенції XIX – початку XX століття. Найважливішими серед них були Міжнародні санітарні конвенції 1892, 1897, 1903 [32, с. 408], спрямовані на боротьбу з холерою, чумою та жовтою лихоманкою. Вони мали вузький предмет регулювання і стосувалися переважно карантинних заходів, формуючи перші юридичні зобов'язання щодо інформування про спалахи інфекцій. Ця епоха заклала принцип, який згодом стане ключовим у міжнародному праві охорони здоров'я. Міждержавне повідомлення про загрози як юридичний обов'язок, а не політична добра воля.

Друге покоління договорів сформувалося після Другої світової війни і пов'язане зі створенням глобальної інституціональної основи. У 1946 році була підписана Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я [5], що набрала чинності у 1948 році. Її поява означала перехід від фрагментарних домовленостей до системного міжнародного правового режиму. Конституція ВООЗ закріпила завдання організації – «досягнення найвищого можливого рівня здоров'я для всіх народів» – і надала їй нормативні повноваження, включно з правом ухвалювати обов'язкові міжнародні акти. Цей документ визначив новий правовий підхід: здоров'я перестало бути лише внутрішньою компетенцією держав і стало предметом міжнародного інтересу.

Найважливішим юридично обов'язковим документом ВООЗ є Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП) [18]. Уперше узгоджені у 1951 році та суттєво оновлені у 1969 і 2005 роках. Редакція 2005 року стала нормативним проривом. Вона встановила для держав обов'язок повідомляти ВООЗ про будь-які події, що можуть становити міжнародну загрозу здоров'ю, а не лише про конкретні перелічені хвороби. Стаття 6 ММСП зобов'язує держави інформувати ВООЗ протягом 24 годин після виявлення пандемічно небезпечної події, а стаття 13 вимагає створення національних систем готовності та реагування. Таким чином, ММСП формують перший у світі наднаціональний механізм біобезпеки, де держави погоджуються добровільно обмежити суверенітет заради колективної безпеки.

З 2000-х років міжнародні договори почали виходити за межі інфекційних загроз, охоплюючи структурні соціально-медичні фактори. Поворотним моментом стало ухвалення Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну (FCTC) 2003 року [27]– першого багатостороннього договору в історії охорони здоров'я, який прямо регулює поведінку населення й комерційні практики. FCTC вимагає

від держав запровадження заборон реклами тютюну, збільшення податків, попереджувальних маркувань на упаковках, а також боротьби з незаконним обігом тютюну. Цей документ засвідчив, що міжнародне право охорони здоров'я може регулювати не лише епідемії, а й незаразні хвороби та соціально-економічні ризики, пов'язані з поведінкою.

Значну увагу міжнародні договори почали приділяти й фармацевтичному сектору. Угода TRIPS (1995) [38 в межах Світової організації торгівлі встановила глобальні стандарти охорони патентів на лікарські засоби. Однак протиріччя між патентами та доступністю лікування в країнах Глобального Півдня спричинило ухвалення Дохійської декларації 2001 року щодо TRIPS і охорони здоров'я [48], яка юридично закріпила можливість порушення патентів у випадках загрози життю населення. Ця декларація змінила міжнародний баланс прав, уперше визнавши, що право людини на здоров'я має пріоритет над правом інтелектуальної власності.

Особливої уваги останнього десятиліття заслуговують правові ініціативи, спрямовані на створення майбутніх договорів. Пандемія COVID-19 продемонструвала невідповідність чинних правових механізмів масштабам сучасних загроз. Нерівний доступ до вакцин, затримка повідомлення про спалахи та політичні маневри навколо надання інформації привели до старту переговорів про Глобальний договір про пандемії (Pandemic Treaty) під егідою ВООЗ із 2021 року [39]. Проект договору передбачає створення юридично закріплених зобов'язань щодо обміну технологіями, спільних закупівель вакцин, фінансової підтримки країн з низьким доходом та санкційних механізмів для держав, що порушують глобальний режим охорони здоров'я. Якщо його буде ухвалено, світ отримає перший універсальний правовий інструмент, який не лише реагує на загрози, а й зобов'язує держави бути готовими до них превентивно.

Таким чином, міжнародні договори й конвенції у сфері охорони здоров'я сформували багат шарову систему, яка поєднує історичні акти, спрямовані на боротьбу з інфекціями, сучасні договори. Вони впливають на поведінкові та соціально-економічні чинники здоров'я, та нові угоди, покликані створити превентивний, стратегічний захист людства. У сучасних умовах вони є не лише юридичним інструментом. Це механізм глобального управління, де здоров'я розглядається як міжнародне публічне благо, що вимагає колективної відповідальності.

Розвиток міжнародних договорів у сфері охорони здоров'я показує, що їхня роль виходить далеко за межі технічного застосування медичних стандартів. Вони дедалі більше виконують функцію політико-правового архітектора світової системи охорони здоров'я, розподіляючи відповідальність між державами, трансформуючи внутрішні законодавчі системи й формуючи режим довіри. Саме через наявність міжнародно-правових зобов'язань держави обмежують політичні маневри під час криз і змушені діяти транспарентно, оскільки недотримання договорів формує міжнародну репутаційну відповідальність і потенційно впливає на дипломатичні, економічні й фінансові відносини.

Важливою рисою міжнародних договорів залишається їхня здатність трансформувати внутрішнє право держав, особливо тих, що мають слабкі інституції або обмежені фінансові можливості. Після ратифікації ММСП 2005 року понад 130 держав унесли зміни до своїх законів про епідемічний нагляд, санітарний контроль, прикордонні процедури, систему захисту персональних даних під час спалахів і навіть до кримінального законодавства щодо порушення карантинних вимог. Це означає, що сучасний міжнародний договір - це не лише декларація намірів, а механізм структурного реформування державної

політики. як інструмент модернізації власних систем охорони здоров'я.

Особливу увагу необхідно звернути на феномен асиметрії прав і обов'язків, що проявляється у договірному регулюванні. Хоча договори формально діють однаково для всіх, фактично країни з високими доходами мають набагато більший доступ до технологій, вакцин, аналітичних систем і можливість виконувати свої зобов'язання. Саме тому нове покоління договорів починає передбачати механізми солідарності та підтримки: створення спільних фондів, квотування технологічного трансферу, юридичні гарантії доступу до препаратів (що обговорюється в проєкті Pandemic Treaty). Інакше міжнародне право ризикує закріпити нерівність замість її подолання.

Цікавим напрямом розвитку договорів останніх років є поява мікросекторальних міжнародних угод, які регулюють окремі сегменти охорони здоров'я - донорство органів, медичний туризм, біомедичні відходи, клінічні дослідження. Вони не мають глобального характеру, але регіонально формують важливі прецеденти. Наприклад, ЄС ухвалив низку регламентів щодо безпеки крові і тканин людини (Regulations 2002/98/EC та 2010/53/EU), які фактично діють як міжнародні стандарти й автоматично інтегруються в національне право країн-членів. Хоча такі акти не є універсальними, вони впливають на міжнародну правотворчість. Держави поза ЄС змушені орієнтуватися на них, якщо бажають мати доступ до європейського медичного ринку, що формує ефект правового тяжіння.

Поряд із офіційними договорами дедалі більше значення набувають квазідоговори - інструменти, що не мають юридично обов'язкової сили, але фактично діють як правові [29, с. 118]. До таких належать меморандуми між державами та фармацевтичними компаніями, технічні угоди між МОЗ країн і міжнародними фондами,

а також фінансові договори "з умовами". Наприклад, Глобальний фонд [58] фінансує державу лише у випадку, якщо вона юридично затвердить національну програму профілактики ВІЛ, систему закупівель і механізм аудиту. Хоча це не міжнародний договір у традиційному розумінні, його умовність має сильніший юридичний ефект, ніж класичні декларації.

У теоретичному вимірі значення міжнародних договорів у сфері охорони здоров'я полягає також у формуванні нової культури глобальної відповідальності. Сьогодні договір не лише зобов'язує, а й «виховує» держави - формує очікування й норми поведінки. Численні приклади показують, що якщо держава приховує спалахи хвороб або порушує обов'язок інформаційного обміну, міжнародна спільнота реагує через дипломатичний тиск, обмеження, політичну ізоляцію. У цьому полягає один із ключових механізмів дії договорів - неформальна санкційність, що працює через страх репутаційних втрат.

Загалом, міжнародні договори й конвенції у сфері охорони здоров'я створили правову матрицю. У межах якої світ реагує на медичні загрози, визначає стандарти здорового життя та балансує між приватними й публічними інтересами. Вони перетворили охорону здоров'я з внутрішньої політики держав на юридично визначену глобальну сферу, у якій право стає способом забезпечення виживання людства. Саме в цьому полягає їхнє головне значення - вони не лише регулюють, а й формують майбутнє.

2.2. Роль Всесвітньої організації охорони здоров'я у формуванні міжнародних стандартів охорони здоров'я

Всесвітня організація охорони здоров'я посідає центральне місце у міжнародно-правовому механізмі регулювання сфери охорони

здоров'я, виступаючи єдиним універсальним глобальним органом, уповноваженим державами здійснювати нормотворчу, координаційну, моніторингову та методологічну функції у цій сфері. Головною метою ВООЗ є сприяння забезпеченню охорони здоров'я населення усіх країн світу. Текст її Статуту (Конституції) можна коротко сформулювати як «Право на здоров'я» [9, с. 90].

Нормативна роль ВООЗ полягає у визначенні стандартів у сфері охорони здоров'я, які держава повинна враховувати при формуванні внутрішньої політики. ВООЗ здійснює нормотворчість у двох основних формах: через ухвалення міжнародних договорів, обов'язкових для держав, та шляхом прийняття рекомендацій, керівних принципів, технічних регламентів і стратегій, які не мають формальної юридичної сили, але де-факто формують загальносвітові стандарти. При цьому правова вага рекомендацій ВООЗ є значною: у сфері медичних технологій, лікарських засобів, вакцинації та реагування на надзвичайні ситуації. Саме вони визначають модель належної поведінки держави, яка потім стає референцією для оцінки її відповідності міжнародним зобов'язанням [6].

Важливою є методологічна та епістемологічна роль ВООЗ. Вона не просто встановлює норми – вона визначає, що вважати належним рівнем охорони здоров'я. Саме ВООЗ запровадила глобальні дефініції здоров'я, первинної медичної допомоги, психічного здоров'я, доказової медицини. Як результат, понятійний апарат, на якому базується сучасне національне законодавство у сфері охорони здоров'я, фактично є метаправовим продуктом ВООЗ. ВООЗ також формує міжнародну наукову базу – через експертні групи та технічні комітети, які виробляють настанови щодо лікування, вакцинації, безпеки харчових продуктів та застосування медичних виробів. По суті, ці настанови є «науковим ядром», без якого неможливо побудувати правові стандарти. Це дозволяє стверджувати, що ВООЗ є

головним джерелом міжнародної легітимації правових норм у сфері здоров'я.

Важливою складовою мандату ВООЗ є моніторинг і контроль за виконанням міжнародних стандартів. Хоча організація не має примусових санкцій, але вона здійснює періодичну оцінку виконання ММСП, проводить аудит національних систем готовності, публікує звіти, які формують міжнародний політичний тиск. Така модель контролю ґрунтується не на юридичній силі, а на механізмі репутаційного примусу. Держави, які не виконують рекомендації, стикаються з дипломатичними наслідками, втратою інвестиційної довіри та складнощами у співпраці з міжнародними фондами [30].

Крім нормативної функції, ВООЗ виконує координаційну роль, без якої глобальна система охорони здоров'я в умовах кризи була б дезорганізованою. Під час пандемії COVID-19 саме ВООЗ координувала збір даних, визначала критерії оголошення надзвичайної ситуації, забезпечувала експертний супровід держав та координувала програми COVAX. Цей приклад показав, що ВООЗ є не лише джерелом норм, а й механізмом оперативного управління – унікальною інституцією, здатною діяти одночасно на технічному, науковому та політичному рівнях.

Таблиця 1.2 відображає спектр інструментів, через які ВООЗ формує міжнародні стандарти охорони здоров'я, демонструючи різний рівень їх правової обов'язковості.

Таблиця 1.2

Юридичні та нормативні інструменти ВООЗ і їхній правовий статус

Інструмент ВООЗ	Правовий статус	Характер впливу на держави	Приклади реалізації
Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП)	Юридично обов'язковий міжнародний акт	Створюють правові зобов'язання: повідомляти про загрози, формувати системи готовності, співпрацювати з ВООЗ	Обов'язкові для 196 держав; стали основою реформ законодавства щодо епіднадзора
Міжнародні договори, узгоджені під егідою ВООЗ	Обов'язкові після ратифікації	Уніфікують політики держав у спеціальних сферах; можуть змінювати внутрішні закони	Рамкова конвенція із боротьби проти тютюну (2003)
Рекомендації, керівні принципи, настанови	М'яке право (не є обов'язковим)	Формують стандарти належної практики; впливають на політики, судову	Протоколи вакцинації, рекомендації з психічного здоров'я, стандарти безпеки

		практику та інвестиційні вимоги	харчових продуктів
Глобальні стратегії та програми	Політико-програмний статус	Визначають глобальні пріоритети, прив'язують донорське фінансування до виконання політики	Стратегія “Health for All”, програми COVAX, GAVI
Оголошення НСЗМЗ (надзвичайної ситуації в галузі охорони здоров'я, що має міжнародне значення)	Нормативно-процедурний акт	Запускає міжнародні механізми реагування, формує обов'язки держав співпрацювати з ВООЗ	COVID-19 (2020), вірус Ебола (2014)

Однак роль ВООЗ не є однозначною та безспірною. Її мандат обмежений суверенітетом держав: організація не може нав'язувати зобов'язання без їхньої згоди. Крім того, ВООЗ залежить від держав у фінансовому плані, а більша частина її бюджету формується добровільними внесками, що знижує її політичну нейтральність та робить вразливою до впливу донорів. У зв'язку з цим у міжнародній доктрині точиться дискусія про реформування ВООЗ, що передбачає її фінансову незалежність, розширення повноважень щодо збору

інформації та можливість застосовувати санкційні заходи до держав, які приховують епідеміологічні дані.

Підсумовуючи, роль ВООЗ у формуванні міжнародних стандартів охорони здоров'я є багатовимірною. Вона створює норми, визначає понятійний апарат, формує науковий фундамент стандартів, координує глобальні дії та здійснює контроль виконання. ВООЗ – не просто організація, це центральний нерв міжнародної системи охорони здоров'я, без якого вона втратила б керованість, легітимність і єдину мову. Саме тому розуміння її функцій є основою для аналізу міжнародно-правового механізму регулювання охорони здоров'я загалом.

2.3. Міжнародні програми, рекомендації та «м'яке право» у сфері охорони здоров'я

У сучасній системі міжнародного регулювання охорони здоров'я поряд із юридично обов'язковими договорами дедалі більшу роль відіграють інструменти, що мають рекомендаційний, декларативний, програмний або політико-стратегічний характер. Їх позначають терміном «м'яке право» (soft law), яке, хоча й не має прямої юридичної сили, здатне формувати поведінку держав, змінювати норми національних законодавств, визначати глобальний порядок денний та фактично діяти як прискорювач правових трансформацій. Цей феномен є результатом розширення кола суб'єктів і зміни природи міжнародного права, яке дедалі менше ґрунтується на формалізованих зобов'язаннях і дедалі більше - на політичній відповідальності, міжнародному престижі та механізмах репутаційного тиску [7].

«М'яке право» у сфері здоров'я проявляється насамперед у вигляді міжнародних програм, глобальних стратегій та політичних декларацій, що координаційно спрямовують дії держав. Яскравим

прикладом є Алма-Атинська декларація 1978 року [22, с. 10], яка започаткувала парадигму первинної медико-санітарної допомоги. Незалежно від відсутності юридичних санкцій, саме вона спричинила глибинні зміни у внутрішній політиці десятків країн: законодавче закріплення гарантованого пакету медичних послуг, реформу первинної ланки та розширення ролі громади в охороні здоров'я. Схожий вплив мала й Астана декларація 2018 року, що переосмислила роль первинної допомоги у XXI столітті [47].

Ще більш масштабну правотворчу функцію виконують політичні документи ООН, зокрема Декларація тисячоліття (2000) [64] і Порядок денний сталого розвитку – 2030 (2015) [59]. Цілі сталого розвитку, хоча й не мають юридичного характеру, визначають структурні очікування від держав щодо зменшення дитячої смертності, боротьби з ВІЛ/СНІДом, забезпечення універсального доступу до медичних послуг. Їхня сила полягає у тому, що вони формують глобальний нормативний наратив, із яким держави вимушені рахуватися, оскільки невиконання ЦСР впливає на інвестиційний імідж, отримання міжнародної фінансової допомоги та участь у партнерських програмах.

Міжнародні програми у сфері охорони здоров'я мають гібридну природу: вони не є договорами, але створюють де-факто зобов'язання через фінансування й зовнішній контроль. Вони встановлюють умовні вимоги до держав: фінансування надається лише в разі відповідності політиці прозорості, наявності національної програми, імплементації протоколів лікування або дотримання глобальних стандартів закупівель. Таким чином, м'яке право у цих механізмах перетворюється на економічно зумовлений нормативний примус, який часто є ефективнішим, ніж формальні юридичні санкції.

Рекомендації, керівні принципи та технічні настанови ВООЗ також належать до ключових форм м'якого права. Саме вони

визначають, як слід лікувати хвороби, проводити вакцинацію, які протоколи діагностики застосовувати, які лікувальні засоби є прийнятними. Хоча такі документи не ратифікуються парламентами держав, їхній вплив на законодавство є системним. Національні нормативи, клінічні протоколи та стандарти якості медичних послуг майже завжди ґрунтуються саме на цих рекомендаціях. Наприклад, після схвалення ВООЗ глобальної стратегії щодо елімінації вірусного гепатиту понад 70 держав внесли зміни до законодавства про тестування і доступ до лікування, що свідчить про практичну нормативну силу рекомендацій.

Особливе значення в контексті м'якого права посідають політичні декларації та резолюції, що визначають етичні й правові принципи взаємодії держав. Зокрема, документи, ухвалені на спеціальних сесіях Генеральної Асамблеї ООН щодо ВІЛ/СНІДу (2001, 2011, 2021) [63], встановили міжнародний стандарт недискримінаційного доступу до лікування. Декларація про психічне здоров'я (2013) сформулировала вимогу включати психічне здоров'я у національні політики як складову прав людини. У цьому вимірі м'яке право функціонує як нормативний тригер – воно відкриває нові теми, які пізніше можуть бути кодифіковані в договорах.

Феномен «м'якого права» також пояснює, чому міжнародне регулювання охорони здоров'я є значно ширшим, ніж сфера юридично обов'язкових норм. В умовах глобалізації право не встигає за темпами змін, а держави часто не готові формально передавати суверенітет. Тому м'яке право виконує функцію правового мосту – воно готує держави до майбутніх юридичних зобов'язань, формуючи соціально-політичну згоду навколо принципу. Так було з первинною медициною (Алма-Ата → національні реформи → договори про фінансування), із забезпеченням ліків (рекомендації → TRIPS →

Дохійська декларація), і сьогодні – з глобальним договором про пандемії (політичні резолюції → проєкт договору).

Водночас м'яке право має і свої межі. Воно не може гарантувати виконання, не забезпечує примус, не створює умов для відповідальності держав. Його дія значною мірою залежить від політичної волі, міжнародного контролю й потужності громадянського суспільства. У державах з авторитарними режимами рекомендації можуть залишатися суто декларативними. Однак саме в поєднанні з міжнародними фінансовими механізмами, моніторингом і дипломатичним тиском м'яке право перетворюється на практичний регулятор, що формує поведінку держав навіть без юридичних санкцій.

Таким чином, міжнародні програми, рекомендації та інструменти м'якого права є невід'ємним компонентом міжнародного правового режиму охорони здоров'я. Вони виконують роль каталізатора змін, формують зміст норм, визначають глобальні пріоритети і поступово кристалізують підґрунтя для майбутніх юридично обов'язкових договорів. Їхня сила полягає не в обов'язковості, а в здатності створювати глобальні очікування і перетворювати їх на політичну необхідність, що є ключовим механізмом правового розвитку у XXI столітті.

РОЗДІЛ 3.

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИХ МЕХАНІЗМІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НАЦІОНАЛЬНІ ПРАВОВІ СИСТЕМИ

3.1. Механізми імплементації міжнародних стандартів охорони здоров'я у національне законодавство

Імплементация міжнародних стандартів охорони здоров'я у національне законодавство є визначальною умовою ефективності міжнародного права, оскільки без внутрішньодержавного правового закріплення навіть найпотужніші міжнародні норми залишаються декларативними. Міжнародне право у сфері охорони здоров'я не може бути дієвим лише на рівні глобальних актів. Воно потребує матеріалізації в національних системах права, інституціях, механізмах контролю та практиках медичної допомоги. Саме тому імплементація розглядається не як технічний процес наближення законодавства до вимог міжнародної норми, а як комплексна трансформація політико-правової системи держави, що охоплює зміну законів, інституцій, фінансових моделей, управлінських процесів, моделей підзвітності та професійних стандартів.

Стандарти у сфері охорони здоров'я визначаються низкою характерологічних для них ознак, які умовно можна виокремити у дві групи: загальні та спеціальні. Загальними є ті ознаки, які властиві усім міжнародно-правовим стандартам. А саме: фіксація певного обсягу та змісту прав людини; універсальність; історична змістовна динамічність; гранична абстрактність; обов'язковість; специфіка санкцій; можлива різна інтерпретація. Спеціальними ознаками міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я є [11, с. 517]:

- 1) наукова, практична та технічна обґрунтованість;
- 2) реальність, тобто визначеність обсягу медичної допомоги;

3) конкретність вимог до якості медичного обслуговування з урахуванням фактичного стану медичної галузі: фінансового та кадрового забезпечення, матеріально-технічного ресурсу, освітнього рівня фахівців тощо;

4) надійність, йдеться про відповідність принципам науково обґрунтованої медичної практики та узгодженість з позицією більшості висококваліфікованих лікарів;

5) чіткість, конкретність та зрозумілість дефініцій;

6) актуальність, що полягає у періодичному перегляді та аналізі раніше встановлених стандартів, виробленні механізму забезпечення та стимулювання виконання чинних стандартів.

Ключове питання полягає у тому, що імплементація міжнародних стандартів відбувається не автоматично. Вона вимагає волі держави, функціональної спроможності її інституцій, політичного консенсусу, фінансових ресурсів і наявності механізмів координації. На відміну від інших сфер міжнародного права, охорона здоров'я є політично чутливою категорією, оскільки безпосередньо пов'язана з доступом населення до послуг, бюджетними пріоритетами та соціальною стабільністю. Тому імплементація міжнародних стандартів часто стикається з опором, як від політичних еліт, так і від внутрішніх груп інтересів. Це особливо помітно у країнах зі змішаними моделями фінансування, де міжнародні стандарти вимагають реформ, що зачіпають структуру ринку медичних послуг або фармацевтичний сектор.

Імплементація міжнародних норм у сфері охорони здоров'я відрізняється від імплементації загального міжнародного права тим, що вона майже завжди є багаторівневою. На першому рівні відбувається формальне включення міжнародної норми у внутрішню правову систему - шляхом ратифікації договору або ухвалення спеціального закону. Ключове значення у цьому контексті має

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права [55]. Який закріплює право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я та визначає базові зобов'язання держав у цій сфері. Контроль за виконанням цього Пакту здійснює Комітет з економічних, соціальних та культурних прав (КЕСКП) [41]. Орган із 18 незалежних експертів, уповноважений аналізувати звіти держав-учасниць і надавати авторитетні тлумачення міжнародних стандартів.

Формальна імплементація є характерною для країн з моністичною системою права, де ратифікований договір автоматично набуває статусу частини національного законодавства. У дуалістичних системах, навпаки, необхідний спеціальний акт імплементації, і саме тут виникає найбільший ризик розриву між міжнародними зобов'язаннями та реальним виконанням.

Другий рівень імплементації полягає у трансформації міжнародних норм у політичні та адміністративні механізми. Навіть за наявності ратифікації реалізація стандартів залежить від створення відповідних інституцій, фінансування та підзаконного регулювання. Так, Міжнародні медико-санітарні правила 2005 року вимагають формування національних контактних пунктів, систем епідеміологічного нагляду та оперативних механізмів реагування, що свідчить про інституційний характер імплементації.

Третій рівень імплементації пов'язаний зі зміною практик і поведінки. Навіть за наявності правової та інституційної бази міжнародні стандарти можуть залишатися декларативними через корупцію, кадровий дефіцит або соціальні бар'єри. Це особливо помітно у сфері прав людини на охорону здоров'я, де формальна заборона дискримінації не усуває фактичної нерівності доступу до медичних послуг.

Імплементация міжнародних норм у сфері охорони здоров'я часто має гібридний характер, поєднуючи правові, фінансові та технічні механізми. У державах із низьким і середнім рівнем доходу міжнародна допомога та донорське фінансування нерідко обумовлюються впровадженням стандартів, розроблених відповідно до рекомендацій ВООЗ або положень Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права. У таких умовах міжнародні норми набувають обов'язкової сили не лише через право, а й через економічну необхідність.

Особливе місце в імплементації посідають судові механізми. Національні та міжнародні суди, а також квазісудові органи, зокрема КЕСКП, перетворюють абстрактні міжнародні стандарти на конкретні юридичні зобов'язання. Рекомендації Комітету та практика Європейського суду з прав людини формують тиск на держави, стимулюючи законодавчі та інституційні реформи у сфері охорони здоров'я [5].

Водночас ключову роль у реалізації міжнародних стандартів відіграє громадянське суспільство. Саме неурядові організації та професійні спільноти трансформують норми міжнародного права у соціальний запит, здійснюють моніторинг виконання зобов'язань і ініціюють стратегічні судові позови. У результаті імплементація виходить за межі суто юридичного процесу і стає елементом суспільної динаміки.

Таким чином, імплементація міжнародних стандартів охорони здоров'я є комплексним і динамічним процесом, у межах якого норми міжнародного права - зокрема положення Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права та практика КЕСКП - поступово трансформуються у національну політику, інституції та щоденні практики надання медичної допомоги.

3.2. Досвід зарубіжних держав щодо впровадження міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я

Історія розвитку міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я засвідчує, що ефективність їх реалізації визначається не лише формально-юридичними механізмами імплементації, а передусім політичною волею держави, рівнем інституційної спроможності та здатністю національних систем охорони здоров'я інтегрувати міжнародні стандарти у практичну політику [71]. Порівняльний аналіз досвіду різних країн і регіонів демонструє множинність моделей імплементації, зумовлених соціально-економічним розвитком, структурою системи охорони здоров'я, типом політичного режиму та ступенем залученості до міжнародних організацій [54].

Найбільш інституціоналізовану модель впровадження міжнародних стандартів охорони здоров'я демонструє Європейський Союз. У межах ЄС держави-члени погодилися на часткову передачу суверенних повноважень наднаціональним органам, що безпосередньо впливає на механізми імплементації міжнародного медичного права. Регламенти та директиви ЄС у сфері безпеки лікарських засобів, медичних виробів, донорства крові й тканин мають обов'язкову силу та пряму дію у національних правопорядках. Європейський центр з профілактики та контролю захворювань (ECDC) і Європейське агентство з лікарських засобів (EMA) [36] фактично трансформують рекомендації ВООЗ у внутрішньоєвропейські стандарти, забезпечуючи їх адміністративне, а не лише політичне виконання. Такий підхід підтверджує, що найвищий рівень імплементації досягається за умов наявності спільних наднаціональних інституцій.

Іншу модель демонструють Сполучені Штати Америки, де міжнародно-правові норми у сфері охорони здоров'я імплементуються вибірково та крізь призму національних інтересів. США не

ратифікували Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, а право на здоров'я не закріплене у Конституції як суб'єктивне право людини. Внаслідок цього реалізація міжнародних стандартів значною мірою залежить від політики виконавчої влади, судової практики та федерального законодавства. Водночас США залишаються одним із найбільших донорів глобальних програм у сфері охорони здоров'я, що створює парадоксальну ситуацію, коли держава активно впливає на імплементацію міжнародних норм в інших країнах, не беручи на себе повного обсягу юридичних зобов'язань.

Латинська Америка характеризується судоцентричною моделлю імплементації міжнародних норм у сфері охорони здоров'я. У низці країн регіону, зокрема в Колумбії та Аргентині, право на здоров'я закріплене на конституційному рівні, а міжнародні договори мають підвищену юридичну силу [73]. Конституційні та верховні суди активно застосовують норми міжнародного права, зокрема практику Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав, у справах щодо доступу до лікарських засобів, лікування ВІЛ/СНІДу та репродуктивного здоров'я. Це свідчить, що за умов активного громадянського суспільства міжнародні стандарти можуть ефективно реалізовуватися навіть у політично нестабільних державах.

В азійських країнах, зокрема у Японії та Південній Кореї, імплементація міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я здійснюється переважно через інституційну модернізацію та управлінський прагматизм. Держави інтегрують стандарти ВООЗ шляхом реформування системи медичної освіти, розвитку цифрової медицини, телемедицини та наукових досліджень. У цьому випадку міжнародні норми сприймаються не як зовнішній обов'язок, а як інструмент підвищення конкурентоспроможності на глобальному рівні [70].

Для країн Африки на південь від Сахари характерна донорсько-залежна модель імплементації міжнародних норм. Основними механізмами виступають програми ВООЗ, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, а також інших міжнародних донорів. Імплементація стандартів відбувається через умовне фінансування, яке передбачає виконання конкретних технічних та управлінських вимог. Водночас створення Африканського центру з контролю та профілактики захворювань (Africa CDC) свідчить про формування регіонального підходу до охорони здоров'я та прагнення до більш автономної імплементації міжнародних норм [53].

Окрему модель представляють скандинавські країни, де міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я інтегруються органічно в межах соціальної держави. У Швеції, Норвегії та Данії рекомендації ВООЗ і норми міжнародного права часто використовуються як основа для розширення соціальних гарантій, що перевищують мінімальні міжнародні вимоги. Це підтверджує, що найефективніша імплементація відбувається тоді, коли міжнародні норми відповідають національним цінностям і культурі державного управління.

Отже, досвід зарубіжних держав свідчить про відсутність універсальної моделі імплементації міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я. Її успішність визначається поєднанням політичних, інституційних, економічних та соціокультурних чинників. Водночас ключовою умовою ефективної імплементації залишається трансформація міжнародних норм із зовнішнього зобов'язання у внутрішній національний інтерес, інтегрований у державну політику та суспільні очікування.

3.3. Перспективи вдосконалення міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні.

Перспективи вдосконалення міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні визначаються як зовнішніми, так і внутрішніми чинниками. З одного боку, Україна є частиною глобальної системи охорони здоров'я та учасником міжнародних договорів, рекомендацій і програм, що формують міжнародні стандарти. З іншого боку, вона перебуває в унікальних політико-правових і безпекових умовах, пов'язаних із російською збройною агресією, трансформацією економіки, реформою сфери охорони здоров'я та прагненням інтегруватися в Європейський Союз. Тому питання вдосконалення міжнародно-правового регулювання є не лише теоретичним, а стратегічним. Воно стосується моделі державності, безпеки, національної ідентичності та соціальної стійкості держави.

Вихідною передумовою перспектив є вирішення системного протиріччя: міжнародні норми часто задають вищий стандарт, ніж фактичні можливості української системи охорони здоров'я. У такій ситуації завдання не зводиться до механічного копіювання чи формального наближення законодавства до міжнародних вимог. Україна потребує адаптивної імплементації, яка інтегрує міжнародні норми з урахуванням воєнного стану, фінансових ресурсів, демографічної кризи, дефіциту медичних кадрів та інфраструктурних руйнувань. Це означає, перспективи реформ мають бути реалістичними, інкрементальними та включеними в довгострокову стратегію відновлення.

Одним з ключових напрямів вдосконалення є перехід до обов'язкової імплементації міжнародних стандартів через державні механізми контролю. В Україні досі поширена модель добровільної відповідності: стандарти ВООЗ або Міжнародні медико-санітарні правила сприймаються як орієнтири, а не вимоги. Системне оновлення правового поля потребує закріплення обов'язку державних

органів розробляти політики й підзаконні акти на основі міжнародних рекомендацій та відображати це у щорічних державних звітах. Такий підхід дозволив би змінити парадигму, міжнародні стандарти перестали б бути зовнішньою порадою і стали б внутрішнім юридичним критерієм оцінки ефективності влади.

Перспективним вектором є також інституційне зміцнення суб'єктів, відповідальних за імплементацію міжнародних норм. В Україні, попри значну нормативну роботу, не існує єдиного органу, який координував би взаємодію МОЗ із міжнародними структурами, відстежував би виконання стандартів і аналізував прогалини. Доцільним є створення Національного центру імплементації міжнародних стандартів охорони здоров'я. Інституції, яка б поєднувала функції аналітичного моніторингу, розроблення політик, підготовки кадрів та міжвідомчої координації. Це забезпечило б стійкість системи навіть із зміною урядів або політичних курсів.

Ще однією перспективою є інтеграція України до правового простору Європейського Союзу. Набуття статусу країни-кандидата та очікувана інтеграція створюють необхідність поступового прийняття норм ЄС щодо безпеки харчових продуктів, крові, вакцин, медичних виробів, захисту персональних даних та здоров'я на робочому місці. Для України це можливість не лише формально адаптувати законодавство, а й використати інтеграцію як ресурс модернізації сектору. Гармонізація стандартів означатиме доступ до європейських ринків, спільних закупівель, досліджень та технологій. Перспективним є залучення механізмів, подібних до європейських, наднаціонального моніторингу, обов'язкової сертифікації та судового захисту пацієнтів.

Важливим елементом є побудова системи правосуддя у сфері здоров'я та стратегічного судового захисту, яка могла б стати внутрішнім інструментом імплементації. В Україні право на здоров'я

гарантоване Конституцією, але рідко стає предметом судового захисту через брак інституційних прецедентів. Формування правозахисних практик – наприклад, стратегічних позовів щодо доступу до ліків, реабілітації військовослужбовців, допомоги особам з інвалідністю – могло б стати каталізатором реальної імплементації міжнародних стандартів, подібно до країн Латинської Америки. Це не лише посилює відповідальність держави, а й сформувало б культуру права на здоров'я як базового права громадянина.

Не менш значущим напрямом є реформа медичної освіти та професійних стандартів відповідно до міжнародних моделей. Імплементація може бути ефективною лише тоді, коли міжнародні стандарти відображені в навчальних програмах університетів, підготовці кадрів, етичних кодексах та ліцензійних вимогах. Сучасні рекомендації ВООЗ щодо психічного здоров'я, телемедицини, паліативної допомоги або лікування інфекційних хвороб мають стати не лише предметом норми, а частиною повсякденної практики лікаря. Для цього необхідно створити систему безперервного навчання, яка б була прив'язана до вимог міжнародних стандартів, а не існувала ізольовано.

Окремим стратегічним викликом є відновлення після війни. Сфера охорони здоров'я в Україні вже сьогодні функціонує в умовах надзвичайних викликів: міграційні потоки, поранення, зростання інвалідності, руйнування інфраструктури, психологічні наслідки для населення. Міжнародні стандарти у таких умовах мають бути адаптовані до ситуації, де забезпечення базових послуг є пріоритетом. Перспективи полягають у соціально-орієнтованій реконструкції – не простому відновленні дореформених структур, а створенні системи, здатної витримати екстремальні ситуації. Тут міжнародні норми можуть слугувати матрицею для проектування нової архітектури системи охорони здоров'я.

Загалом перспективи вдосконалення міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні нерозривно пов'язані з питаннями політичної трансформації, інтеграції в ЄС, зміцнення інституцій, підвищення рівня правосвідомості суспільства і побудови системи справедливості та підзвітності. Міжнародні норми матимуть реальний вплив лише тоді, коли вони стануть частиною державного інтересу, а не зовнішнім зобов'язанням, і коли суспільство сприйматиме право на здоров'я як юридичну, моральну та політичну категорію. Вдосконалення міжнародно-правового регулювання - це не технічне завдання, а процес формування нової моделі національної державності, де здоров'я людини визнається не витратною статтею, а основою соціального розвитку та безпеки.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження на тему "Міжнародно-правові механізми регулювання сфери охорони здоров'я" дало змогу зробити такі основні висновки.

Трансформація охорони здоров'я із виключно внутрішньої соціальної функції держави в предмет міжнародно-правового регулювання стала одним із закономірних наслідків розвитку сучасного міжнародного права. Під впливом глобалізаційних процесів, транскордонного поширення інфекційних захворювань та стрімкого розвитку біомедичних технологій право на здоров'я набуло статусу універсальної міжнародно-правової цінності, забезпечення якої потребує узгоджених дій держав і міжнародної спільноти. Взаємозалежність держав у цій сфері постійно посилюється, що об'єктивно сприяє формуванню розгалуженої системи міжнародно-правового регулювання.

Проведений аналіз еволюції міжнародно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я засвідчив поступове розширення його предмета: від забезпечення санітарно-епідеміологічної безпеки - до регулювання питань біоетики, психічного здоров'я, генетичних досліджень, обігу лікарських засобів та цифрових медичних технологій. Характерною рисою сучасного міжнародного права у цій сфері є поєднання юридично обов'язкових норм із рекомендаційними актами, що забезпечує одночасно стабільність правового регулювання та можливість оперативного реагування на нові виклики.

Дослідження суб'єктного складу міжнародно-правового регулювання показало, що поряд із державами та міжнародними організаціями вагому роль у формуванні політики у сфері охорони здоров'я відіграють транснаціональні фармацевтичні компанії, наукові установи, міжнародні фонди та інститути громадянського суспільства.

Такий перерозподіл впливу зумовлює необхідність формування ефективних механізмів контролю за діяльністю недержавних суб'єктів, оскільки їх діяльність безпосередньо впливає на доступ населення до медичних послуг і лікарських засобів.

Установлено, що реальна ефективність міжнародно-правових стандартів визначається не лише фактом їх ратифікації, а насамперед наявністю дієвих механізмів практичної реалізації - інституційних, фінансових та організаційних. Формальне включення міжнародних норм до національного законодавства без належного ресурсного та управлінського забезпечення не гарантує реального забезпечення права людини на охорону здоров'я.

Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду дозволив встановити існування різних моделей імплементації міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я. Держави-члени Європейського Союзу орієнтуються на діяльність наднаціональних інституцій та єдині механізми контролю, тоді як країни з децентралізованими системами більшою мірою враховують внутрішньодержавні політичні та економічні пріоритети. Для України найбільш доцільним є не механічне копіювання іноземних моделей, а адаптація міжнародного досвіду з урахуванням національних правових традицій, наявних ресурсів і безпекових викликів.

Повномасштабна збройна агресія Російської Федерації поставила систему охорони здоров'я України перед безпрецедентними викликами. Руїнування медичної інфраструктури, збільшення потреби у тривалій фізичній та психологічній реабілітації населення, дефіцит медичних кадрів і фінансових ресурсів значно послалили практичне значення міжнародно-правових стандартів та міжнародної підтримки у сфері охорони здоров'я. У цих умовах міжнародне співробітництво стало одним із ключових чинників забезпечення функціонування медичної галузі.

Установлено, що сучасний стан імплементації міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я в Україні характеризується низкою системних проблем, серед яких неузгодженість окремих положень національного законодавства з міжнародними нормами, декларативний характер окремих гарантій права на охорону здоров'я, нерівномірний доступ населення до медичних послуг залежно від регіону проживання. Додатковими проблемами залишаються недостатня ефективність судового захисту прав пацієнтів та відсутність належного механізму моніторингу виконання міжнародних зобов'язань у цій сфері.

Для вдосконалення механізмів міжнародно-правового регулювання та підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я доцільним є створення єдиного координаційного органу з питань імплементації міжнародних стандартів, приведення національного законодавства у відповідність до права Європейського Союзу та актів ВООЗ, посилення державного контролю за фармацевтичним ринком, удосконалення системи фінансування охорони здоров'я, розвиток цифрової медицини та реабілітаційної інфраструктури, а також запровадження дієвих механізмів захисту психічного здоров'я населення в умовах воєнного стану.

Міжнародно-правове регулювання охорони здоров'я є органічною складовою сучасного міжнародного правопорядку та необхідною умовою ефективного функціонування національних систем охорони здоров'я. Для України подальша інтеграція міжнародних стандартів у внутрішньодержавне законодавство та практику має не лише юридичний, а й стратегічний вимір, оскільки сприятиме відновленню медичної системи, забезпеченню прав людини та формуванню ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Акти державного законодавства та інші нормативно-правові акти

1. Загальна декларація прав людини : міжнар. док. від 10 груд. 1948 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015 (дата звернення: 10.01.2026).
2. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод : міжнар. док. від 04 листоп. 1950 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004 (дата звернення: 10.01.2026).
3. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права : міжнар. док. від 16 груд. 1966 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042 (дата звернення: 10.01.2026).
4. Конвенція МОП № 130 про медичну допомогу і допомоги у випадку хвороби : міжнар. док. від 25 черв. 1969 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_184 (дата звернення: 10.01.2026).
5. Конвенція про права людини та біомедицину : міжнар. док. від 04 квіт. 1997 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334 (дата звернення: 10.01.2026).
6. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну, 2003 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_001 (дата звернення: 10.01.2026).
7. Європейська соціальна хартія (переглянута), 1996 р. URL: <https://www.coe.int> (дата звернення: 10.01.2026).
8. Регламент (ЄС) 2017/745 Європейського парламенту і Ради від 05 квіт. 2017 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_012-17 (дата звернення: 09.01.2026).
9. Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS). URL: https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/trips_e.htm (date of access: 10.01.2026).

10. Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, 2001. URL: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm (date of access: 10.01.2026).
11. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), 1979. URL: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women> (date of access: 10.01.2026).
12. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006. URL: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities> (date of access: 10.01.2026).
13. Convention on the Rights of the Child, 1989. URL: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> (date of access: 10.01.2026).
14. Declaration of Alma-Ata, 1978. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata> (date of access: 10.01.2026).
15. Declaration of Astana, 2018. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61> (date of access: 12.01.2026).
16. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 2005. URL: <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights> (date of access: 10.01.2026).
17. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2015. URL: <https://sdgs.un.org/2030agenda> (date of access: 12.01.2026).
18. Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU), art. 168. URL: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/TXT/?uri=CELEX:12012E168> (date of access: 10.01.2026).

Наукові статті

19. Базов О. В. Норми *jus cogens* та зобов'язання *erga omnes* у сфері міжнародного кримінального правосуддя. *Міжнародне право*. 2020. С. 72–78.
20. Бойко Ю. Ю. Міжнародно-правова концепція охорони прав пацієнта. *Правова позиція*. 2018. № 2 (21). С. 162–166.

21. Болдіжар С. О. Механізм адміністративно-правового регулювання та особливості реалізації прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я. *Порівняльно-аналітичне право*. 2020. № 3. С. 106–110. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/35658> (дата звернення: 12.01.2026).
22. Вівсяник О. М. Міжнародні організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 15–16. С. 162–167. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.15-16.162.
23. Загороднева О. В., Пономарьова Л. І. Роль Всесвітньої організації охорони здоров'я у вирішенні міжнародних проблем громадського здоров'я. *Actual Problems of Modern Medicine*. 2021. Issue 7. P. 89–97.
24. Іванчов П. В. Міжнародні стандарти забезпечення охорони здоров'я: орієнтири для України. *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2020. Т. 31 (70), № 6. С. 229–233.
25. Капітан О. І. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я: проблеми імплементації. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2024. № 10. С. 516–518.
26. Мельник О. Європейська соціальна хартія у системі джерел права соціального забезпечення. *Підприємство, господарство і право*. 2018. № 5. С. 90–95.
27. Назарко Ю. В. Міжнародно-правові стандарти права на охорону здоров'я. *Альманах міжнародного права*. 2017. Вип. 18. С. 70–77.
28. Рабінович П. М. Міжнародні стандарти прав людини: властивості, загальне поняття, класифікація. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2016. № 1 (84). С. 19–29.
29. Сажієнко Н. В. Тенденції розвитку міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я. *Актуальні проблеми держави і права*. 2011. С. 406–413.
30. Цебенко С., Журавель М. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я: до характеристики джерел. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: Юридичні науки. 2020. № 3 (27). С. 116–123.

31. Шишацька Н. Ф. Права пацієнтів у міжнародних документах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2013. № 4 (58). С. 84–86.

Монографії, підручники, навчальні посібники

32. Наливайко Л. Р., Степаненко К. В. Міжнародно-правові стандарти прав людини : навч. посіб. Дніпро : ДДУВС, 2019. 184 с.
33. Права людини у сфері охорони здоров'я : практичний посібник / за наук. ред. І. Я. Сенюти. Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. 552 с.
34. Gostin L. O. *Global Health Law*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 2014.
35. Yamin A. E. *The Right to Health under International Law. Health and Human Rights*. 2008.

Електронні ресурси, організації та інші джерела

36. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). URL: <https://www.who.int/> (дата звернення: 10.01.2026).
37. United Nations. URL: <https://www.un.org/> (дата звернення: 10.01.2026).
38. World Bank. URL: <https://www.worldbank.org/> (дата звернення: 10.01.2026).
39. European Court of Human Rights. URL: <https://www.echr.coe.int/> (дата звернення: 10.01.2026).
40. UNICEF. URL: <https://www.unicef.org/> (дата звернення: 10.01.2026).
41. World Trade Organization. URL: <https://www.wto.org/> (дата звернення: 10.01.2026).
42. Gates Foundation. URL: <https://www.gatesfoundation.org/about> (дата звернення: 12.01.2026).
43. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. URL: <https://www.theglobalfund.org/en/> (дата звернення: 12.01.2026).
44. European Centre for Disease Prevention and Control. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en> (дата звернення: 09.01.2026).
45. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. URL: <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/cescr> (дата звернення: 12.01.2026).

46. World Health Organization. Digital Health Strategy 2020–2025. Geneva : WHO, 2020.
47. World Health Organization. International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva : WHO, 2016.
48. League of Nations. URL: <https://www.ungeneva.org/en/about/league-of-nations/overview> (дата звернення: 10.01.2026).
49. The European Charter of Patients' Rights. URL: <https://ec.europa.eu> (дата звернення: 10.01.2026).
50. United Nations Millennium Declaration, 2000. URL: <https://www.un.org> (дата звернення: 10.01.2026).
51. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 2001. URL: <https://www.unaids.org> (дата звернення: 12.01.2026).
52. WHO Framework Convention on Tobacco Control. URL: <https://www.who.int> (дата звернення: 10.01.2026).
53. WHO Pandemic Agreement. URL: <https://www.who.int/health-topics/who-pandemic-agreement> (дата звернення: 09.01.2026).
54. Climate-health nexus. URL: <https://healthjournalism.org/glossary-terms/climate-health-nexus/> (дата звернення: 09.01.2026).
55. An update on our COVID-19 response. URL: <https://endfund.org> (дата звернення: 12.01.2026).
56. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Представництво. URL: <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who> (дата звернення: 10.01.2026).
57. Гольденберг Т. В. Правовий статус Всесвітньої організації охорони здоров'я. Одеса, 2019. URL: <https://dspace.onua.edu.ua> (дата звернення: 12.01.2026).
58. Демченко І. М'яке право у регламентації прав людини у сфері охорони здоров'я. URL: <https://www.academia.edu> (дата звернення: 12.01.2026).
59. Міжнародні медико-санітарні правила. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 09.01.2026).

60. Міжнародні неурядові організації. URL: <https://pns.hneu.edu.ua> (дата звернення: 12.01.2026).
61. Миронов А. Г. Суб'єкти державного контролю у сфері охорони здоров'я. URL: <https://www.publichne-pravo.com.ua> (дата звернення: 12.01.2026).
62. Операційний посібник «Розробка та фінансування програм громадського здоров'я». URL: <https://phc.org.ua> (дата звернення: 12.01.2026).
63. Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року. URL: <https://www.undp.org> (дата звернення: 10.01.2026).
64. Роль рекомендацій ВООЗ у формуванні політики охорони здоров'я. URL: <https://accemedin.com> (дата звернення: 12.01.2026).
65. Сажієнко Н. В. Правові форми співробітництва держав. URL: <http://app.nuoua.od.ua> (дата звернення: 12.01.2026).
66. Статут (Конституція) ВООЗ. URL: <https://zakon.cc> (дата звернення: 12.01.2026).
67. Термін «Охорона здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 09.01.2026).
68. Європейське агентство з лікарських засобів. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua> (дата звернення: 13.01.2026).
69. Global Fund. Results Report. Geneva, 2022.
70. World Trade Organization (WTO). URL: <https://www.wto.org> (дата звернення: 10.01.2026).
71. United Nations Children's Fund (UNICEF). URL: <https://www.unicef.org> (дата звернення: 10.01.2026).
72. United Nations. URL: <https://www.un.org> (дата звернення: 10.01.2026).
73. World Bank Group. URL: <https://www.worldbank.org> (дата звернення: 10.01.2026).