

**Київський національний торговельно-економічний університет**

**Кафедра міжнародного публічного права**

**ВИПУСКНИЙ КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ ПРОЕКТ (РОБОТА)**

на тему:

**«МІЖНАРОДНЕ СПІВРОБІТНИЦТВО ДЕРЖАВ В СФЕРІ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я»**

Студент 2-го курсу, 10м групи,  
спеціальності 293 міжнародне право

Гайдай  
Юлія Вікторівна

Науковий керівник  
кандидат юридичних наук

Альонкін  
Олексій Анатолійович

Керівник освітньо-  
професійної програми  
доктор юридичних наук,  
доцент

Дешко  
Людмила Миколаївна

**Київ 2018**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. СТАНОВЛЕННЯ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Генеза міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.....	8
1.2. Формування організаційної складової механізму співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.....	19
1.3. Нормативне регулювання міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.....	25
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ МІЖНАРОДНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	37
2.1. Поняття та елементи організаційно-правового механізму міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.....	37
2.2. Міжурядові організації в організаційно-правовому механізмі міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.....	48
2.3. Роль міжнародних неурядових організацій у забезпеченні міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.....	63
РОЗДІЛ 3. УЧАСТЬ УКРАЇНИ У МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОМУ СПІВРОБІТНИЦТВІ ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	69
3.1. Основні форми та напрями міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.....	69
3.2. Рівні міжнародно-правового співробітництва України в сфері охорони	

здоров'я.....	7
3	
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>90</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>96</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Кожна людина має невід’ємні права, одним з яких є право на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування та інше. Відповідно до цього права, кожна країна повинна здійснювати забезпечення охорони здоров’я кожного індивіда, відповідно для повного такого забезпечення та якісного наданні медичних послуг, країни мають співпрацювати у різних напрямках щодо інституту охорони здоров’я.

Кожна країна має здійснювати інтеграції провідних світових стандартів, цьому процесу допомагає співпраця з міжнародними як урядовими, так і неурядовими організаціями. Відповідно кожен напрям такого співробітництва має відповідні, форми, напрямки та рівні.

Ефективне міжнародне співробітництво держав у сфері охорони здоров’я сприяє створенню умов для ефективного і доступного для всіх осіб медичного обслуговування, дозволяє розвивати фізичну культуру і спорт, забезпечувати санітарно-епідемічне благополуччя та безпечне для життя і здоров’я довкілля, сприяє патентуванню лікарських засобів, тощо.

Відповідно і в Україні наразі проходять значні зміни в галузі охорони здоров’я шляхом проведення медичних реформ. Відповідно наше законодавство багато в чому не відповідає європейським стандартам, зокрема існують великі проблеми у запровадженні патентоздатності винаходів на лікарські засоби, оскільки наразі недосконалість вітчизняного законодавства дає можливість патентувати способи лікування в правовому режимі корисної моделі.

Отже, при подальшому реформуванні та зміні медичної галузі в Україні, потрібно здійснювати теоретичні розробки у сфері міжнародних стандартів охорони здоров’я, звертатися до зарубіжного досвіду окремих країн, проводити аналіз міжнародних організацій, які здійснюють величезний вклад у розвиток єдиних європейських стандартів надання медичної допомоги та охорони

здоров'я.

Міжнародно-правове співробітництво покликане не лише сприяти реалізації прав людини у сфері охорони здоров'я, а й сприяє розвитку торговельно-економічної діяльності в цій сфері.

Відповідно міжнародне співробітництво країн у сфері охорони здоров'я включає не тільки медичну допомогу, а й різні аспекти господарювання у сфері охорони здоров'я, зокрема виготовлення та реалізацію продукції (товарів) медичного призначення, виконання робіт медичного характеру чи надання медичних послуг вартісного характеру, що мають цінову визначеність, та яка спрямована на досягнення соціального та/або економічного ефекту.

Не дивлячись на те, що державами здійснюється активна співпраця в сфері охорони здоров'я в рамках різних міжнародних організацій (ВООЗ, СОТ та інші), разом з тим залишається питання (проблеми) універсального та регіонального характеру, які потребують свого нагального розв'язання. Зокрема, створення єдиного механізму захисту прав патентовласників на лікарські препарати, а також міжнародно-правову регламентацію застосування нових біотехнологій, захисту юридичної інформації.

При цьому ключовим є не лише розробка й прийняття міжнародного документу з питань охорони здоров'я, а імплементація його норм у національне законодавство.

Нагальною для України є розробка відповідних національних механізмів застосування положень стаття 31 Угоди ТРІПС щодо можливості використання патенту без дозволу його власника. Ефективність такого використання зумовлюється також відповідними змінами законодавства щодо лікарських засобів. Так необхідним є врегулювання можливості доступу до реєстраційних даних реферативного лікарського засобу (стаття 9 Закону України «Про лікарські засоби») без комерційної мети.

Таким чином, співробітництво з іншими країнами щодо сфери охорони здоров'я є надзвичайно важливим.

Слід зазначити, що окремі питання, пов'язані з дослідженням правових форм співробітництва держав в сфері охорони здоров'я в рамках Ради Європи, розглядалися в роботах вітчизняних і зарубіжних вчених, таких як Ф. Бенуа-Ромер, В. Борисова-Жарова, К. Жилка, Г. Клебес та інші.

Відповідно, загальні аспекти пов'язані із адаптацією національного законодавства до міжнародних (європейських) норм та стандартів були предметом розгляду таких вчених, як: М. Баймуратов, І. Грицьак, Н. Мушак, РОКУ Петров, С. Шевчук, І. Яковюк та інші.

Дисертація Хендель Н.В. присвячена питанням співпраці держав у сфері охорони здоров'я. Водночас в ній піднімаються питання суто щодо забезпечення прав людини у цій сфері.

Однак у цих дослідженнях не проводився комплексний аналіз торгівельно-економічної співпраці держав у сфері охорони здоров'я.

Вище викладене свідчить, що обрана тема дослідження є актуальною теоретично і практично назрілою.

**Мета кваліфікаційної роботи** являє собою проаналізувати міжнародно-правове співробітництво як окремих країн, так і міжнародних організацій щодо сфери охорони здоров'я і виділення їх організаційно-правових форм на сучасний період.

Для вивчення даної теми ставляться **наступні завдання:**

- виділити етапи генези міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я;
- виявити етапи формування організаційної складової механізму співробітництва держав в сфері охорони здоров'я;
- уточнити поняття та елементи організаційно-правового механізму міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я;
- розкрити роль міжурядових організацій в організаційно-правовому механізмі міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я;
- показати роль міжнародних неурядових організацій у забезпеченні

міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я;

- узагальнити основні форми та напрями міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я;
- виробити пропозиції з вдосконалення міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.

**Предметом дослідження** є міжнародне співробітництво держав в сфері охорони здоров'я.

**Об'єктом дослідження** є суспільні відносини, які виникають в процесі міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.

**Методологічну основу дослідження** становить сукупність загальнофілософських, загальнонаукових та спеціально-юридичних методів, які було використано в процесі дослідження, зокрема діалектичний метод, метод аналізу, системно-функціональний метод, формально-логічний метод, герменевтичний метод.

Для реалізації мети і завдань у процесі дослідження широко використовувався комплекс взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів, спрямованих на отримання об'єктивних і достовірних результатів:

- історичного і логічного аналізу літературних джерел для вивчення генези міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я;
- функціонально-структурного аналізу, що передбачав вивчення поняття та елементів організаційно-правового механізму міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я;
- порівняльного і статистичного аналізу фактів та явищ, їх синтезу для вивчення динаміки розвитку нормативно-правової бази, що регулює міжнародне співробітництво держав в сфері охорони здоров'я;
- узагальнення, а також прогностичний метод, які застосовувалися для формулювання висновків, рекомендацій та пропозицій щодо обґрунтування

основних форм та напрямів міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я;

- обробки даних для узагальнення рівнів міжнародно-правового співробітництва України в сфері охорони здоров'я;

- системний і комплексний підходи, які, по-перше, забезпечили цілісність дослідження, а по-друге допомогли розкрити міждержавні організації в організаційно-правовому механізмі міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у тому, що в роботі здійснюється комплексне дослідження міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я та зроблено ґрунтовні висновки та пропозиції, що можуть бути використані для подальших досліджень у цій сфері, а також у процесі поновлення законодавчої бази.

**Структура кваліфікаційної роботи.** Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, поділених на вісім підрозділів, висновків та списку використаних джерел, загальний обсяг роботи становить сто чотири сторінки.



## РОЗДІЛ 1

### СТАНОВЛЕННЯ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Генеза міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я

Хочемо розпочати наше дослідження з того, що історія розвитку міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я включає кілька етапів. Першими правовими нормами, спрямованими на охорону здоров'я людей, були норми внутрішньодержавного права, пов'язані з намаганнями запобігти поширенню епідемій інфекційних хвороб. Міжнародно-правові норми з'явилися пізніше, їх виникнення стало об'єктивною необхідністю, оскільки окремі держави були не в змозі вести ефективну боротьбу проти епідемій. В ті часи найбільш поширеним заходом була ізоляція. Поступово в європейських країнах стали утворюватись спеціальні санітарні органи [22, с. 261].

Наприклад, у 1348 року у Венеції було створено санітарну раду, в 1448 року перетворену на Санітарне бюро, в 1485 року вже з'явився постійний магістрат охорони здоров'я, який отримав в 1504 році право карати на смерть осіб, які порушували встановлені правила карантину [13, с. 189].

На початку ХХ сторіччя в 1903 році в Парижі пройшла міжнародна санітарна конференція, яка прийняла принципове рішення про створення Міжнародного бюро громадської гігієни, потім була утворена Організація охорони здоров'я Ліги націй.

Шоста сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (1953 року), дослідивши пропозицію уряду Бельгії про проведення досліджень, пов'язаних з міжнародним медичним правом та порівняльним законодавством в галузі охорони здоров'я, прийняла Резолюцію № 6.40., в якій запропонувала організувати дослідження проблем міжнародного медичного права. Попередня робота була проведена Виконкомом Всесвітньої організації охорони здоров'я,

який запросив точки зору багатьох урядів, наукових, громадських організацій та приватних осіб про необхідність вивчення проблем міжнародного медичного права. Отримані відповіді свідчили про загальну зацікавленість в дослідження та розробці цієї проблеми. 47-а конференція Асоціації міжнародного права, яка проходила в Дубровнику (1956 року) постановила заснувати Комітет з міжнародного медичного права, і рішенням Виконкому Асоціації від 26 жовтня 1956 року такий комітет було утворено. У низці країн також виникли національні комітети. У Резолюції, прийнятій 47-ю Конференцією Асоціації міжнародного права, стверджувалось, що головна мета міжнародного медичного права полягає в підсиленні юридичних гарантій більш ефективної охорони жертв збройних конфліктів, особливо по відношенню до покращення деяких положень Женевських конвенцій 1949 року.

Співробітництво у сфері охорони здоров'я на універсальному рівні є головною передумовою для організації та координації діяльності держав щодо боротьби із загрозою здоров'ю, яка постає перед світовою спільнотою. Після Другої світової війни новоутворені міжнародні організації мали основною метою подолання її наслідків і вирішення спровокованих нею проблем, в тому числі у сфері охорони здоров'я. У стаття 55 Статуту ООН Організація зобов'язалась: «сприяти міжнародній співпраці у сфері охорони здоров'я...» заради «...стабільності і благополуччя, необхідних для мирних і дружніх відносин між націями...». Ця ж стаття покладає виконання таких функцій на Генеральну Асамблею ООН (далі – ГА ООН) та під її керівництвом на Економічну і соціальну раду (далі – ЕКОСОП).

Виходячи з резолюції ЕКОСОП від 17 вересня 1946 року [5], в якій Рада затвердила Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) та утворила Тимчасову комісію з охорони здоров'я для роботи над створенням цієї Організації, ГА ООН рекомендувала всім членам ООН ратифікувати його [12]. У результаті 7 квітня 1948 року Статут ВООЗ набув чинності, і цей день відзначається як Всесвітній день здоров'я.

У статті 69 Статуту ВООЗ зазначається, що Організація вступає у взаємовідносини з ООН в якості спеціалізованої установи відповідно до пункт 1 стаття 57 Статуту ООН, а саме: «спеціалізовані установи, створені міжурядовими угодами й наділені широкою міжнародною, визначеною в їхніх установчих актах, відповідальністю в галузі економічній, соціальній, культури, освіти, охорони здоров'я та інших подібних, будуть поставлені у зв'язок з Організацією Об'єднаних Націй відповідно до положень статті 63». Отже, спеціалізовані установи ООН характеризуються: 1) міжурядовим характером угод про їх створення; 2) широкою міжнародною відповідальністю у межах їх установчих актів; 3) здійсненням співробітництва в спеціальних галузях (економічній, соціальній, культурній, гуманітарній, охорони здоров'я та інші); 4) зв'язком з ООН. Існування сукупності цих ознак і надає міжнародній організації правовий статус спеціалізованої установи ООН [18, с. 267]. У випадку ВООЗ усі зазначені умови були виконані, зокрема, на момент затвердження ГА ООН Угоди між ООН і Організацією [6] (далі - Угода), Статут ВООЗ було прийнято 26 державами (сьогодні їх кількість сягає 194; Статут ВООЗ передбачає, що вона здійснює свою діяльність в якості керуючого та координуючого органу у сфері міжнародної охорони здоров'я (пункт а стаття 2) та несе відповідальність за покладені на неї обов'язки, відповідно до укладених нею конвенцій, угод та правил (пункт к стаття 2); ВООЗ у межах своєї компетенції співробітничав з ООН, іншими спеціалізованими установами, урядовими установами, професійними групами та іншими організаціями, співробітництво з якими вважатиметься бажаним для досягнення поставлених перед Організацією завдань (пункт б стаття 2; Глава XVI Статуту ВООЗ). У стаття I Угоди закріплюється найголовніше положення, яке надає правові підстави для діяльності ВООЗ в якості спеціалізованої установи ООН, визнає Всесвітню організацію охорони здоров'я спеціалізованою установою, відповідальною за проведення таких заходів, які відповідно до Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я виявилися б придатними для

досягнення викладених у цьому Статуті цілей».

Згідно зі статтею 63 Статуту ООН повноваження щодо визначення умов, відповідно до яких зазначені вище установи будуть поставлені у зв'язок з ООН, покладаються на ЕКОСОР, яка розробила основні підходи до укладання таких угод, а саме:

- 1) встановлення взаємного представництва;
- 2) обмін інформацією та документами;
- 3) створення координаційної комісії ЕКОСОР;
- 4) надання рекомендацій спеціалізованим установам;
- 5) підготовка доповідей;
- 6) рішення Ради Безпеки;
- 7) рішення Ради опіки;
- 8) проведення консультацій;
- 9) запити з боку Міжнародного Суду ООН (далі - МС ООН) про надання консультативних висновків та тлумачення установчих документів і відповідних конвенцій;
- 10) регулювання бюджетних та фінансових взаємозв'язків;
- 11) здійснення спільної діяльності;
- 12) розробка пропозицій щодо діяльності порядку денного;
- 13) визначення правил процедури;
- 14) організація створення спільної фінансової служби;
- 15) визначення правил щодо персоналу;
- 16) встановлення привілеїв та імунітетів;
- 17) створення Адміністративного трибуналу;
- 18) організація технічної служби;
- 19) організація Центральної статистичної служби;
- 20) вирішення місця перебування штаб-квартир [31, с. 84].

Більшість із цих пунктів знайшла віддзеркалення в положеннях даної Угоди, яка складається зі вступу та 22 статей, що встановлюють взаємні права

та обов'язки між ООН і ВООЗ

Відповідно до статті II Угоди, представники ООН мають право бути присутніми на засіданнях головних органів ВООЗ, насамперед, Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (далі - ВАОЗ) та Виконавчого й інших комітетів Організації; брати участь у всіх зборах, скликаних ВООЗ, та без права голосу брати участь в дебатах цих органів (пункт 1). Представники ВООЗ запрошуються бути присутнім на засіданнях ЕКОСОР і її комісій та комітетів і брати участь без права голосу в обговоренні цими органами пунктів порядку денного, що належать до питань охорони здоров'я (пункт 2). Також представники ВООЗ в якості консультантів з питань, що входять в їх компетенцію, можуть бути присутніми на засіданнях ГА ООН (пункт 3), на засіданнях «її головних комітетів і брати участь без права голосу в цих дискусіях (пункт 4). Крім того, представники ВООЗ можуть брати участь у засіданнях Ради з опіки та брати участь без права голосу в обговоренні пунктів порядку денного з питань, що входять до компетенції ВООЗ (пункт 5).

Відповідно до Статуту ООН Організація має право надавати своїм спеціалізованим установам рекомендації з питань узгодження політики та діяльності (стаття 58). У ньому також встановлюються повноваження ЕКОСОР давати рекомендації ГА ООН, державам-членам, заінтересованим спеціалізованим установам з питань економічної, соціальної, культури, освіти, охорони здоров'я (пункт 1 стаття 62), а також з метою заохочення поваги та дотримання прав людини та основних свобод для всіх (пункт 2 стаття 62). КУОСОР має повноваження погоджувати діяльність спеціалізованих установ на основі надання їм рекомендацій, а також рекомендацій ГА ООН та державам-членам ООН (пункт 2 стаття 63) [36, с. 367].

Відповідно до Угоди, на прохання ООН, ВООЗ проводить консультації, своєчасно звітуючи про вжиті нею заходи, або її членами для проведення в життя зазначених рекомендацій (частина 2 стаття IV). В Угоді підтверджується твердий намір співпрацювати у проведенні всіх подальших заходів, які можуть

знадобиться для повного узгодження діяльності спеціалізованих установ та з ООН. Зокрема, ВООЗ зобов'язується брати участь і співробітничати в роботі будь-якого органу або органів, які можуть бути створені ЕКОСОП для полегшення цієї узгодженості, а також, які можуть надавати інформацію, що може знадобитися для досягнення цієї мети (частина 3 стаття IV). Як приклад такої взаємодії між ЕКОСОП та ВООЗ можна навести резолюцію ЕКОСОП від 30 липня 1998 року [7], що стосується співробітництва у боротьбі з малярією (відповідь ВООЗ на резолюцію є фактичною її доповіддю про виконання згідно з партнерством з ЕКОСОП програми «Повернути назад малярію» [8]).

Виходячи з практики надання рекомендацій ООН та ВООЗ, Михайлов В.С. зазначає, що остання має: а) в найкоротші строки передавати рекомендації своїм органам; б) проводити на вимогу ООН консультації з нею на предмет самих рекомендацій; в) вчасно доповідати ООН про заходи, вжиті ВООЗ або її державами-членами, щодо втілення у життя рекомендацій; г) у разі їх невиконання звітувати про це [32, с. 188].

Як відомо, резолюції ГА ООН насамперед є політичними актами, що носять рекомендаційний характер, і тому прямої юридичної сили для ВООЗ вони не становлять. Наприклад, резолюція ГА ООН, в якій пропонується ВООЗ у співпраці з регіональними комісіями ООН виконувати в рамках системи ООН функції координатора з питань безпеки дорожнього руху [9] (у відповідь ВООЗ вжила ряд заходів щодо виконання положень, передбачених в цій резолюції [10]).

Гене́за міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я активізувалася зі створенням Ради Європи, яка стала першою міжнародною регіональною організацією, метою якої була гармонізація та розбудова європейського правового простору після Другої світової війни. Саме з моменту створення Ради Європи 1949 року її називають платформою для загальноєвропейського співробітництва. Рада Європи, як організація з міждержавною формою співробітництва, відіграє важливу роль у гармонізації

національного права європейських держав, оскільки переважна більшість її пропозицій та рекомендацій знаходить своє правове відображення в національному законодавстві держав-членів.

Як зазначено у інформаційному бюлетені Департаменту з питань охорони здоров'я та біоетики та Відділу охорони здоров'я, право на захист здоров'я знаходиться в серцевині діяльності, що здійснюється Радою Європи у соціальній сфері. Одним з завдань Ради Європи є розвиток створеної на спільних загальноєвропейських етичних засадах спільної та скоординованої європейської політики в сфері охорони здоров'я. Виконання даного завдання досягається завдяки поєднанню діяльності в чотирьох напрямках:

- захисту прав людини, соціального єднання та охорони здоров'я;
- гармонізації державами-членами Рада Європи їхньої політики в питаннях охорони здоров'я з огляду на безпеку та якість;
- розвитку профілактичної медицини та освіти з питань охорони здоров'я;
- затвердженню прав пацієнта, доступу до служб охорони здоров'я, участі громадян та захисту вразливих груп населення [68].

Рада Європи почала приділяти увагу питанням охорони здоров'я вже з перших років своєї діяльності. З цією метою вже у 1954 року було засновано Європейський комітет з питань охорони здоров'я (CDSPP) для розвитку співробітництва й обміну досвідом між державами-членами. Європейський комітет з питань охорони здоров'я складається з основних представників міністерств охорони здоров'я та зацікавлених сторінші Цей Комітет підтримує тісні зв'язки з Європейською Комісією та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) (європейське регіональне відділення). У його повноваження входить створення умов для забезпечення належного рівня і поступового поліпшення здоров'я європейських громадян [68].

Наголошуємо, що з 1981 року регулярно проводяться конференції міністрів охорони здоров'я з метою формування політики, що відповідає

новим викликам у сфері охорони здоров'я.

На конференціях опрацьовуються ідеї, які потім реалізуються в Європейському комітеті охорони здоров'я, а їхні підсумкові документи визначають пріоритети на майбутнє.

Також розглядаються такі важливі теми, як пропаганда здорового способу життя, душевне здоров'я, рівноправність пацієнтів в умовах реформи охорони здоров'я, вплив старіння населення на діяльність системи охорони здоров'я. Наприклад, на Сьомій конференції, що відбулася в 2003 році в Осло (Норвегія) було обговорено проблему «Здоров'я, гідність та права людини — роль і відповідальність міністрів, що відповідають за питання охорони здоров'я» [72].

Часткова угода у сфері соціальної та суспільної охорони здоров'я була укладена в 1956 року у якості основи для розвитку співробітництва між його учасниками і охоплює питання реабілітації і соціальної адаптації інвалідів, а також захисту здоров'я споживачів (щодо питань продуктів харчування, фармацевтичної продукції і лікарських препаратів, косметики). Ряд програм у сфері охорони здоров'я реалізується в рамках Часткової угоди, до якої приєдналось 18 держав.

Питання змісту права на здоров'я та його охорону багаторазово розглядалося на міжнародних конференціях. Так, Міжнародна конференція з народонаселення і розвитку, яка відбулася в Каїрі 1994 року, затвердила Програму дій, ухвалила принципи розвитку людства, проголосила, що людина перебуває в центрі політики сталого розвитку, має право на здорове та продуктивне життя в гармонії з природою. Люди — найважливіший і найцінніший ресурс кожної нації. Країни повинні забезпечувати всім особам можливість максимальної реалізації свого потенціалу. Люди мають право на відповідний стандарт життя для себе і своїх сімей, включаючи адекватну їжу, одяг, житло, воду та санітарні послуги. Кожна людина має право на найвищий досяжний для неї стандарт фізичного та психічного здоров'я [34, с. 195].



Основне право на охорону здоров'я гарантується Соціальною хартією Ради Європи (переглянутою) 1996 року [2], яка прагне розвивати співробітництво держав континенту у цій сфері і створювати умови для охорони і поліпшення здоров'я європейців. Хартією 1996 року гарантується право на безпечні та здорові умови праці (частина 1, пункт 3); право користуватися будь-якими заходами, що дозволяють їй досягти найкращого стану здоров'я, який є можливим (частина 1, пункт 11); право на безпечні та здорові умови праці (стаття 3) та інші

Механізмом контролю щодо виконання положень Соціальної хартії 1996р. є зобов'язання договірних сторін регулярно представляти доповіді про застосування Хартії. Ці доповіді спершу аналізує обраний Комітетом Міністрів Комітет незалежних експертів, якому допомагає спостерігач від Міжнародної організації праці (МОП). Комітет незалежних експертів формулює правову оцінку того, як держави-сторони виконують свої зобов'язання, і передає її до Урядового комітету, який складається з представників Договірних сторін, Комітету допомагають спостерігачі з європейських організацій робітників та роботодавців. Урядовий комітет вивчає ситуацію в країнах, які видаються такими, що не дотримуються своїх зобов'язань, і на підставі зауважень щодо здійснення соціально-економічної політики готує рекомендації для прийняття Комітетом міністрів. Комітет міністрів надсилає рекомендації державам, які не повністю виконують вимоги Хартії 1996 року [54, с. 278].

Рада Європи більше 25 років працює над тим, щоб зберегти рівновагу між прогресом у сфері біомедицини і повагою до людської гідності й людської особистості. Організація координує співробітництво європейських держав в обговоренні та прийнятті відповідних договорів щодо прогресу медицини й наслідків такого прогресу, зокрема, щодо донорства органів і трансплантації, а також стосовно інформування пацієнтів та отримання їхньої згоди на операції. 1997 року було завершено розробку тексту Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенції про права людини

та біомедицину. Вона стала першим юридично зобов'язуючим міжнародним документом у даній сфері. Станом на березень 2012 року Конвенцію про біомедицину підписали 35 держав з них 29 держав її ратифікували [82]. Україна підписала Конвенцію про біомедицину, але не ратифікувала її [82].

Згідно стаття 31 Конвенції 1997 року, можуть укладатися додаткові протоколи, спрямовані на застосування і розвиток викладених в ній принципів у конкретних галузях. При цьому кожен протокол має ту ж юридичну силу, що і сама Конвенція. В даний час вже розроблено три Додаткових протоколи: Додатковий протокол до Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини, який стосується заборони клонування людських істот (Париж, 12 січня 1998 року); Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини (Страсбург, 24 січня 2002 року); Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину в галузі біомедичних досліджень (Страсбург, 25 січня 2005 року).

Розробляючи питання політики в галузі охорони здоров'я, Рада Європи проводить консультації з експертами й спеціалістами усіх держав-членів і співпрацює з іншими міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ і Європейськими Співтовариствами, а згодом — і ЄС. Наприклад, у 1991-1992 року Рада Європи, Європейська комісія та регіональний офіс ВООЗ в Європі об'єднали свої зусилля та створили мережу шкіл, в яких пропагандується здоровий спосіб життя. Якщо на початку пілотний проект здійснювався в чотирьох країнах Центральної та Східної Європи, то сьогодні мережа об'єднує понад 500 пілотних шкіл і 400 000 учнів в понад 40 країнах [72]. Ці школи сприяють формуванню здорового способу життя в учнів шляхом побудови партнерських відносин та заохочення вчителів, учнів, батьків та всіх членів громади працювати спільно для покращення ситуації із загальним рівнем здоров'я. Також Рада Європи бере участь в Мережі Європейського Союзу щодо забезпечення безпеки пацієнтів, а також у новоствореній Робочій групі

Європейської Комісії щодо забезпечення безпеки пацієнтів [82].

Таким чином, ми можемо узагальнити, що найбільший вклад щодо генези міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я внесла Рада Європи, яка сприяє демократизації охорони здоров'я шляхом забезпечення загальнодоступного характеру медицини, забезпечення прав пацієнтів, розширення ролі громадськості у визначенні напрямків розвитку системи охорони здоров'я.

Отже, система охорони здоров'я пройшла шляхом розвитку таких етапів свого розвитку: монастирський, земський, світський, цеховий, страхова медицина. Що ж стосується окремо міжнародного співробітництва, то можна виділити такі етапи:

1. Етап зародження міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я. На даному етапі почали створюватися певні міжнародні організації, наприклад у 1348 р. створено санітарну раду, в 1448 р. перетворену на Санітарне бюро, в 1485 р. з'явився постійний магістрат охорони здоров'я.

2. Наступний етап можна назвати, етапом розвитку народного співробітництва у сфері охорони здоров'я. На цьому етапі засновуються уже сучасні організації з охорони здоров'я, на даному етапі проходять чимало Всесвітніх асамблей охорони здоров'я та конференцій, приймаються чимало Міжнародних Конвенцій. Приймається Статут ООН та ВООЗ. Засновується Комітет з міжнародного медичного права та Європейський комітет з питань охорони здоров'я.

3. Сучасний етап. На даному етапі з 1981 р. регулярно проводяться конференції міністрів охорони здоров'я з метою формування політики, що відповідає новим викликам у сфері охорони здоров'я, де багато держав спільно обговорюють та вирішують проблеми у галузі охорони здоров'я. Приймається Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенції про права людини та біомедицину та Додатковий протокол до Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування

біології та медицини, який стосується заборони клонування людських істот (Париж, 12 січня 1998 р.); Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини (Страсбург, 24 січня 2002 р.); Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину в галузі біомедичних досліджень (Страсбург, 25 січня 2005 р.).

## **1.2. Формування організаційної складової механізму співробітництва держав в сфері охорони здоров'я**

Загальновідомо: що співробітництво держав у сфері охорони здоров'я здійснюється як на універсальному, так і на регіональному і партикулярному рівнях. Регіональний рівень понад рамок регіональних відділень ВООЗ найбільш розвинутий у Європі, де він дуже сильно пов'язаний з європейською системою прав людини. Однією з міжнародних європейських організацій, у рамках котрих держави співробітничать у сфері охорони здоров'я, є Рада Європи.

Правовими формами співробітництва в рамках Ради Європи є прийняття конвенцій, кожна з яких є міжнародним договором, відповідно до Віденської конвенції про право міжнародних договорів 1969 року Конвенції є не єдиною формою міжнародно-правового співробітництва в рамках Ради Європи з метою гармонізації права та створення міжнародних стандартів. Рекомендації Комітету Міністрів інколи вважаються ефективнішими [15, с. 232].

На основі роботи комітетів експертів Європейський комітет з питань охорони здоров'я готує Рекомендації для прийняття Комітетом Міністрів (керівний орган Ради Європи). Протягом ряду років був створений цілий ряд комітетів експертів (є ще два комітети: один з них займається питаннями охорони здоров'я, орієнтованого на інтереси дітей, а іншому доручено знайти шляхи впровадження в системи охорони здоров'я принципів ефективного

управління), які зустрічаються на регулярній основі зазвичай протягом дворічного періоду для того, щоб запропонувати конкретні директивні документи для затвердження в Європейському комітеті з питань охорони здоров'я і остаточного прийняття Комітетом Міністрів у формі Рекомендацій [54, с. 277].

Закономірності сталого розвитку в сфері охорони здоров'я (ОЗ) відображені в міжнародних домінантах стратегічного розвитку та закріплюються в міжнародно-правових актах, виданих Організацією Об'єднаних Націй (ООН), Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародною організацією праці, Радою Європи та Європейським Союзом (ЄС), Всесвітньою та Європейською медичними асоціаціями [34, с. 195].

Також, ми хочемо відзначити, що нова стратегія ЄС щодо охорони здоров'я має такі напрями:

- удосконалення системи інформації щодо здоров'я на всіх рівнях суспільства; створення механізму швидкого реагування на основі загрози для здоров'я;
- зосередження на детермінантах здоров'я, зокрема – шкідливих чинниках, пов'язаних зі стилем життя [34, с. 196].

Основними принципами сталого розвитку системи охорони здоров'я мають бути:

- ринкова влада пацієнта;
- професійна автономія лікаря, високий професіоналізм, правова та етична компетентність;
- рівність надавачів медичних послуг;
- саморегулювання підприємницької діяльності в охороні здоров'я;
- технологічна та кадрова забезпеченість;
- створення інвестиційної привабливості охорони здоров'я;
- високий рівень сервісного супроводу медичної допомоги;

- високий рівень інформованості пацієнта та інші.

Згідно Конвенція Ради Європи “Про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров’я” дата підписання: 28.10.2011 року, дата ратифікації Україною: 07.06.2012 року:

1. Кожна Сторона вживає необхідних законодавчих та інших заходів для забезпечення того, щоб представники органів охорони здоров’я, митних органів, поліції та інших компетентних органів обмінювалися інформацією та співпрацювали, відповідно до національного законодавства, для запобігання підробленню медичної продукції та подібним злочинам, що загрожують охороні здоров’я, а також для ефективної боротьби з цими явищами.

2. Кожна Сторона докладатиме всіх зусиль для забезпечення співпраці між її компетентними органами та комерційно-індустріальними секторами стосовно управління ризиком підроблення медичної продукції та подібних злочинів, що загрожують охороні здоров’я.

3. З належним урахуванням вимог про захист персональних даних кожна Сторона вживає необхідних законодавчих та інших заходів для запровадження або зміцнення механізмів, призначених для:

а) отримання і збирання інформації та даних, у тому числі через контактні пункти, на національному та місцевому рівнях та в співпраці з приватним сектором і громадянським суспільством для запобігання підробленню медичної продукції та подібним злочинам, що загрожують охороні здоров’я, а також для боротьби з цими явищами;

б) надання доступу до інформації та даних, отриманих органами охорони здоров’я, митними органами, поліцією та іншими компетентними органами для співпраці між ними.

4. Кожна Сторона вживає необхідних заходів для забезпечення навчання осіб, підрозділів або служб, що залучені у співпрацю та обмін інформацією, для цих цілей. Такі підрозділи або служби забезпечуються відповідним фінансуванням [4]

А згідно статті 21 даної Конвенції:

1. Сторони співпрацюють настільки широко, наскільки це можливо, згідно з положеннями цієї Конвенції та відповідними міжнародними і регіональними документами та домовленостями, погодженими на основі уніфікованого або взаємозобов'язувального законодавства та їх національного законодавства, з метою розслідувань або проваджень, що стосуються злочинів, установлених відповідно до цієї Конвенції, у тому числі арешту й конфіскації.

2. Сторони співпрацюють настільки широко, наскільки це можливо, згідно з відповідними міжнародними, регіональними і двосторонніми договорами про екстрадицію та надання взаємної правової допомоги в кримінальних справах стосовно злочинів, установлених відповідно до цієї Конвенції.

3. Якщо Сторона, яка обумовлює екстрадицію або надання взаємної правової допомоги в кримінальних справах наявністю договору, отримує запит про екстрадицію або надання правової допомоги в кримінальних справах від Сторони, з якою вона не має такого договору, вона, діючи згідно із зобов'язаннями міжнародного права та згідно з умовами, передбаченими законодавством запитуваної Сторони, може вважати цю Конвенцію правовою підставою екстрадиції або надання взаємної правової допомоги, що стосується злочинів, установлених відповідно до цієї Конвенції [4]

Також треба відзначити і статтю 22 даної Конвенції, згідно якої:

1. Сторони співпрацюють з питань захисту жертв і надання їм допомоги.

2. Сторони без обмеження своїх внутрішніх систем звітності встановлюють національний контактний пункт, на який покладається відповідальність за передання та отримання запитів стосовно інформації та (або) співпраці, які пов'язані з боротьбою з підробленням медичної продукції та подібними злочинами, що загрожують охороні здоров'я.

3. Кожна Сторона докладатиме всіх зусиль для включення, де це до-

цільно, питань запобігання підробленню медичної продукції та подібним злочинам, що загрожують охороні здоров'я, і боротьби із цими явищами в програми допомоги або розвитку на користь третіх держав [4].

Можна відзначити, що формування організаційної складової механізму співробітництва держав в сфері охорони здоров'я базуються на основні цілі, завдання та індикатори сталого розвитку системи охорони здоров'я.

Основні цілі, завдання та індикатори сталого розвитку системи охорони здоров'я базуються на головних постулатах «Порядку денного на XXI століття» та стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх» (табл. 1).

Таблиця 1

Основні цілі, завдання та індикатори сталого розвитку системи охорони здоров'я [20, с. 1]

Ціль	Завдання	Індикатори
Зменшення дитячої смертності	Зменшити рівень смертності дітей віком до 5 років на 25%	Рівень смертності дітей віком до 5 років (кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими); Рівень смертності немовлят (кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими).
Поліпшення здоров'я матерів	Скоротити рівень материнської смертності на 50%	Рівень материнської смертності (кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими); Рівень абортів (кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку).
Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу, започаткування тенденції до скорочення їх масштабів	Знизити темпи поширення ВІЛ-інфекції/ СНІДу до 15%	Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (на 100 тис. населення); — Темпи поширення ВІЛ-інфекції/ СНІДу (%); Кількість померлих від СНІДу (на 100 тис. населення); Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини (%).
	Зменшити на 20% рівень захворюваності на туберкульоз	Кількість осіб із вперше встановленим діагнозом туберкульозу, у тому числі органів дихання (на 100 тис. населення); Кількість померлих від туберкульозу (на 100 тис. населення).

Важливим в розвитку системи охорони здоров'я в період забезпечення



сталого розвитку є чітке виділення та формування чинників і принципів розвитку сфери на різних її рівнях (рис. 1).

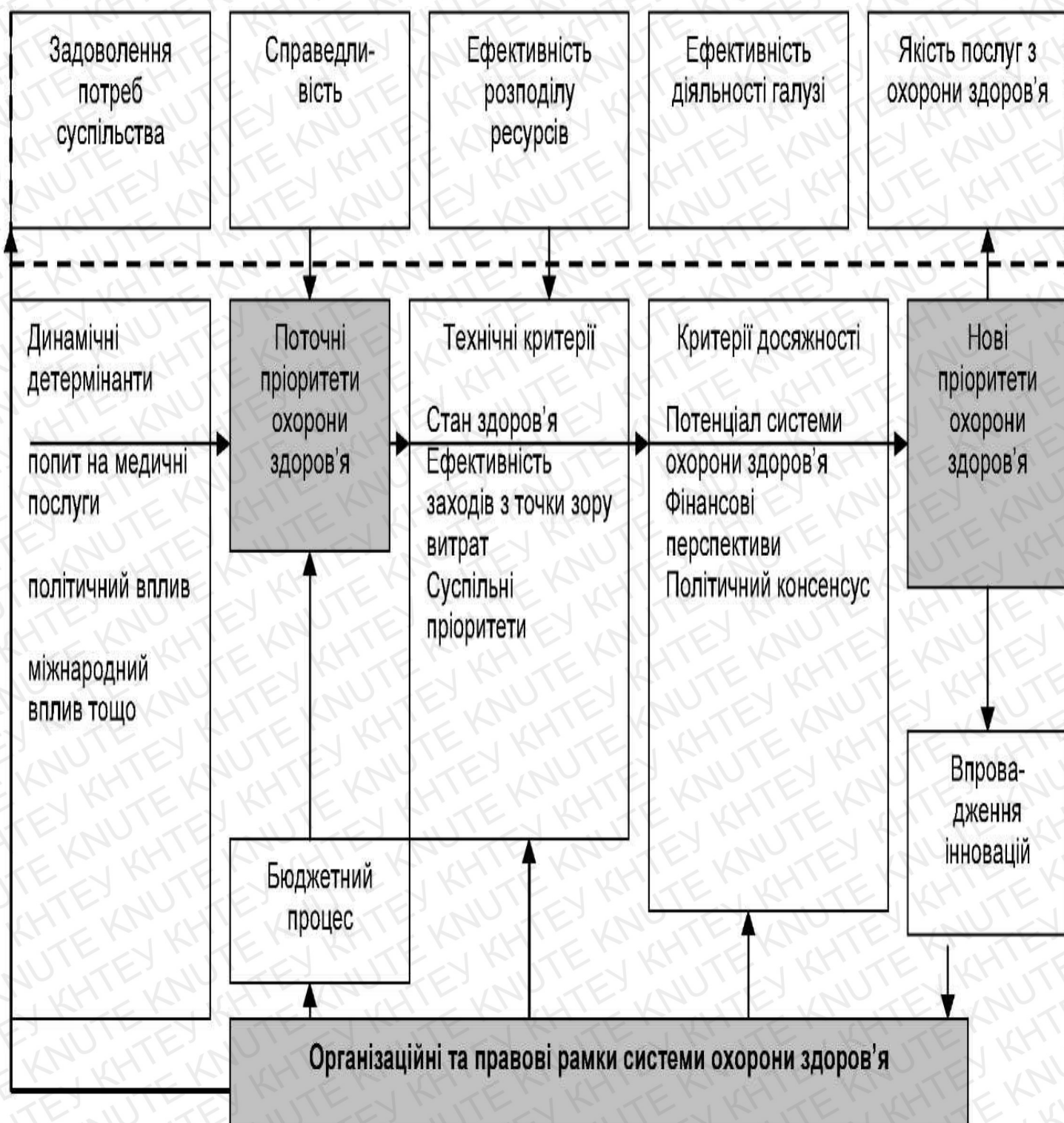


Рис. 1. Основні чинники розвитку системи охорони здоров'я на національному

рівні [70]

Отже співробітництво в сфері міжнародної охорони здоров'я регулюється великою кількістю міжнародних конвенцій, багатосторонніх та двосторонніх угод. Ці норми можливо об'єднати, інтегрувати в одну цілісну правову спільноту, під якою розуміється міжнародне медичне право. Ствердження міжнародного медичного права як комплексної галузі міжнародного права – крок вперед в боротьбі за право людини, це дає більше можливостей для розвитку та наповнення конкретним змістом поняття одного з основних прав людини – права на здоров'я.

Таким чином, все вище окреслене дає можливість констатувати важливість входження системи охорони здоров'я на шлях сталого розвитку. Орієнтація на міжнародні стандарти функціонування медичної сфери повинна мати пріоритетний характер для вітчизняної охорони здоров'я, це в свою чергу, забезпечить високу якість та доступність медичних послуг, розширить географію обслуговування (залучення іноземних пацієнтів) та дасть можливість сфері вийти на якісно новий рівень свого розвитку.

### **1.3. Нормативне регулювання міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я**

На даний момент існує низка міжнародно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Зокрема, суспільні відносини, що виникають при імплементації міжнародних стандартів надання медичної допомоги в національне законодавство.

Певні питання охорони здоров'я вже отримали конвенційне закріплення, у деяких випадках доволі деталізоване (боротьба з особливо небезпечними хворобами, контроль над наркотичними речовинами тощо). Разом з тим правове регулювання ряду питань носить фрагментарний характер в статутах ООН та ВООЗ.

Відповідно, правовими формами міжнародно-правового співробітництва Ради Європи у сфері охорони здоров'я є прийняття міжнародних договорів, протоколів, програм, планів, рекомендацій у сфері охорони здоров'я.

Рекомендації приймаються Комітетом Міністрів Ради Європи і звернені до урядів держав-членів Ради Європи. Наприклад, не так давно були прийняті наступні рекомендації:

- Рекомендація CM/Rec (2010)11 Комітету Міністрів державам-членам про вплив генетики на організацію служб охорони здоров'я та підготовку медичних працівників;
- Рекомендація CM/Rec (2010)6 Комітету міністрів державам-членам про ефективне управління в системах охорони здоров'я;
- Рекомендація CM/Rec (2009)3 Комітету Міністрів державам-членам про моніторинг і захист прав людини і гідності осіб з психічними розладами;
- Рекомендація Rec (2008)1 Комітету Міністрів державам-членам про облік тендерних відмінностей в політиці в сфері охорони здоров'я;
- Рекомендація Rec (2006)18 Комітету Міністрів державам-членам про послуги в сфері охорони здоров'я в полікультурному суспільстві;
- Рекомендація Rec (2006)17 Комітету Міністрів державам-членам про лікарні на перехідному етапі: новий баланс між лікуванням у лікувальних закладах і вдома;
- Рекомендація Rec (2006)1 Комітету Міністрів державам-членам про транскордонну мобільність медичних працівників і наслідки цього для функціонування систем охорони здоров'я;
- Рекомендація Rec (2006)7 Комітету Міністрів державам-членам про регулювання безпеки пацієнтів і попередження негативних наслідків у сфері охорони здоров'я [54, с. 277].

У своїй діяльності у сфері гармонізації практики переливання крові Рада Європи керується принципами добровільності та безоплатності здачі крові,

безпеки при її переливанні та поліпшення гемотерапії. З початку 1990-х року РС опікується питаннями трансплантації органів. Так, були розроблені етичні принципи трансплантації органів, опубліковано кілька видань Посібника з питань безпеки та забезпечення якості органів, тканин та клітин. Було також видано рекомендації щодо етичних і соціальних наслідків ксенотрансплантації — використання живих органів та тканин тваринного походження для пересадки людям. Комітет міністрів у Рекомендації 7 (2004) державам-членам визначає організаційні та правові заходи, спрямовані на мінімізацію ризику торгівлі органами. В Рекомендації також висвітлюється проблема ризиків в системі охорони здоров'я, пов'язана з торгівлею органами та пропонуються заходи, спрямовані на підтримку довіри громадськості до системи пересадки органів. У 1983 року Рада Європи розробила правила щодо посилення безпеки переливання крові і попередження будь-якої дискримінації хворих на СНІД [54, с. 279].

27 жовтня 2006 року Комітет Міністрів прийняв рішення перевести діяльність щодо сприяння та розробки етичних стандартів у галузі переливання крові та пересадки органів, тканин і клітин в Європейський директорат з якості ліків (ЕБОМ) і охорони здоров'я [82]. Цілі залишаються тими ж, а саме забезпечити доступ до безпечних і високоякісних медичних послуг і рівне використання дефіцитних ресурсів (в тому числі доступ і справедливий розподіл крові для переливання та органів) відповідно до етичних принципів Ради Європи.

Комітет Міністрів Ради Європи ухвалив Рекомендацію № (2003)24, яка піднімає етичну проблему лікування невиліковно хворих осіб в останній стадії захворювання. Комітет Міністрів закликає до створення паліативних служб як складової системи охорони здоров'я та невід'ємної складової прав громадян. Комітет Міністрів Ради Європи ухвалив Рекомендацію № (2004)17 «Про вплив інформаційних технологій на охорону здоров'я — пацієнт та Інтернет», в якій підкреслюється роль Інтернету як нового джерела інформації для пацієнтів, і в

зв'язку з цим урядам рекомендується вжити відповідних заходів.

Наголошуємо, що основними шляхами імплементації норм міжнародного медичного права в національне законодавство є такі:

- прямиий — через обов'язкові до виконання рішення Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної організації праці — організацій, повноправним членом яких є Україна;
- опосередкований — шляхом укладання та ратифікації міжнародних угод, які містять зобов'язання для держави у галузі забезпечення права на охорону здоров'я (Угода про надання медичної допомоги громадянам держав — учасниць Співдружності Незалежних Держав, 27 березня 1997 року — ратифікована із застереженнями 1 червня 2000 року, Угода про співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичних наук між Міністерством охорони здоров'я України та МОЗ Китайської Народної Республіки, 31 жовтня 1992 року);
- доктринальний — через використання базових ідей та засадничих принципів, які розроблені або розробляються світовою спільнотою в галузі медичного права (Рекомендація № К(90)3 Комітету міністрів Ради Європи державам-учасникам відносно медичних дослідів на людині, прийнята 6 лютого 1990 року на 43-й нараді заступників міністрів);
- інституційний — через врахування напрацювань та рекомендацій міжнародних організацій у галузі медичного права, таких як Всесвітня медична асоціація, Всесвітня асоціація медичного права тощо [13, с. 190].

Зокрема, норми щодо медичної допомоги містять такі міжнародні акти:

- Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (прийнятий у 1966 року, ратифікований Указом Президії Верховної Ради Української РСР у 1973 року);
- Декларація ВООЗ про розвиток прав пацієнтів у Європі 1994 року;

- Положення ВМА про доступність медичної допомоги (1988);
- Конвенція МОП 1952 року № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення»;
- Конвенція МОП про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби № 130, прийнята у Женеві 25 червня 1969 року, та Рекомендація щодо медичної допомоги та допомоги у випадку хвороби № 134;
- Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу та Протокол до неї, Париж, 11 грудня 1953 року;
- Європейський кодекс соціального забезпечення, прийнятий у Страсбурзі 16 квітня 1964 року, переглянутий в 1990 року, не ратифікований Україною;
- Європейська конвенція про соціальне забезпечення № 78, Париж, 14 грудня 1972 року;
- Європейська соціальна хартія (прийнята в 1961 року, переглянута в 1996 року, ратифікована Україною у 2006 року).

Конвенції Міжнародної організації праці вміщують стандарти, які тією чи іншою мірою стосуються медичної допомоги. Наприклад, стаття 10 Конвенції МОП 1952 року № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення» визначає мінімальний перелік медичних послуг, які мають бути надані, у тому числі і за рахунок страхування [57, с. 28].

Допомога охоплює принаймні:

А) у випадку хворобливого стану:

- 1) загальну лікарську допомогу, зокрема візити додому;
- 2) допомогу, яку надають фахівці стаціонарним або амбулаторним хворим у лікарнях, та допомогу, яку можуть надавати фахівці поза лікарнями;
- 3) забезпечення найпотрібнішими медикаментами, які приписав лікар або інший дипломований спеціаліст;
- 4) госпіталізацію в разі потреби;

Б) у разі вагітності, пологів та їхніх наслідків:

- 1) допомогу до, під час і після пологів, яку надають лікар або дипломована акушерка;
- 2) госпіталізацію в разі потреби.

Відповідно до частини 2 статті 10 Конвенції МОП № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення» одержувач допомоги або його годувальник можуть бути залучені до участі у витратах, пов'язаних з медичною допомогою, що надається у зв'язку з хворобливим станом; правила, регулюючі цю участь, визначаються з таким розрахунком, щоб вона не виявилася непосильною.

Допомога, що надається згідно зі статтею 10, має на меті збереження, відновлення та поліпшення здоров'я осіб, які підлягають забезпеченню, а також їхньої працездатності і здатності самостійно задовольняти власні потреби.

Відповідно до статті 13 Конвенції МОП 1969 року № 130 «Про медичну допомогу і допомогу у зв'язку із захворюванням» громадяни кожної з країн, що ратифікували цей документ, повинні одержувати принаймні такі види медичної допомоги: загальну лікарняну допомогу, зокрема допомогу на дому; допомогу, яку надають спеціалісти стаціонарним або амбулаторним хворим, і допомогу спеціалістів, яка може бути надана за межами лікарні; відпуск необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста; госпіталізацію у випадку потреби; стоматологічну допомогу, якщо це передбачено національним законодавством; медичну реабілітацію, у тому числі надання, ремонт і заміну протезів або ортопедичних засобів, якщо це передбачено національним законодавством [57, с. 30].

У статті 13 Європейської соціальної хартії визначено право на соціальну і медичну допомогу. З метою забезпечення ефективного здійснення права на соціальну і медичну допомогу Хартія зобов'язує держави:

- 1) забезпечити, щоб кожна особа, яка опинилась без адекватних

ресурсів і не здатна набути такі ресурси шляхом власних зусиль чи з інших джерел, зокрема з фондів соціального забезпечення, змогла б отримати необхідну допомогу на випадок хвороби;

2) забезпечити, щоб така допомога не призвела б до скорочення політичних і соціальних прав осіб, що її отримують;

3) передбачити, щоб кожен міг отримати через відповідні державні та приватні служби таку пораду і особисту допомогу, які необхідні, щоб запобігти, ліквідувати чи полегшити особисту чи сімейну потребу.

Цікавими видаються міжнародні стандарти у галузі охорони здоров'я, а саме: Декларація про політику у сфері дотримання прав пацієнта в Європі, в розділі 5 «Лікування та організація медичної допомоги» закріплюється право людини на отримання медичної допомоги відповідно до стану її здоров'я, включаючи профілактику і лікувальну допомогу. Надання медичних послуг повинно відповідати фінансовим, людським і матеріальним ресурсам даного суспільства та забезпечувати постійну доступність необхідної медичної допомоги для всіх у рівній мірі, без жодної дискримінації. У даному стандарті визначено також право пацієнтів на якісну медичну допомогу, що відповідає як високим технологічним стандартам, так і принципам людяності у відносинах між пацієнтом і надавачем медичних послуг [58, с. 277].

Визначення доступності медичної допомоги міститься у Положенні про доступність медичної допомоги (1988). У ньому передбачено, що це багатогранне поняття, яке включає баланс багатьох факторів у рамках жорстких практичних обмежень, які обумовлені ресурсами і можливостями держави. Ці фактори включають кадри, фінансування, транспортні засоби, свободу вибору, громадську грамотність населення, якість і розподіл технічних ресурсів. Баланс цих елементів вирішує характер і ступінь загальної медичної допомоги населенню [22, с. 264].

Відповідно до Положення, найбільша доступність забезпечується за таких умов:



- кожному індивіду доступна необхідна йому медична допомога;
- забезпечена максимальна свобода вибору виконавців, системи надання допомоги і системи оплати, яка задовольняє різні потреби населення;
- інформованість, навчання й освіченість населення з усіх елементів, які стосуються доступу до допомоги;
- адекватна участь всіх сторін у розробці й управлінні системами.

У нашій державі право на доступність у каталозі прав людини у галузі охорони здоров'я закріплено у частині 3 статті 49 Конституції України, в якій зазначено, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Аналіз даного права дає підстави визначити ті права, які становлять структурні елементи права на доступність. Це право включає у себе такі можливості, що гарантуються чинним законодавством України, як:

- безоплатність медичної допомоги;
- вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я;
- заборона привілеїв та обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками (зокрема, це стосується в аспекті надання допомоги населенню, яке проживає у сільській місцевості, населенню похилого віку тощо);
- заборона дискримінації, пов'язаної із станом здоров'я [58, с. 280-281].

Під час ратифікації Хартії, Україна взяла на себе зобов'язання вважати вищенаведені принципи декларацією цілей, до здійснення яких вона прагнучиме всіма відповідними засобами. Між тим не всі статті та пункти Хартії визнано обов'язковими. Так, не було ратифіковано такі соціальні стандарти, наприклад, щодо працюючих:

- право на щорічну оплачувану відпустку тривалістю не менше

чотирьох тижнів;

- право на таку винагороду, яка забезпечує достатній життєвий рівень;
- право на соціальне забезпечення;
- право на захист прав працівників підприємств у разі банкрутства їхнього роботодавця.

Також не було визнано право трудящих-мігрантів і членів їхніх сімей на захист і допомогу.

Що стосується всіх громадян, то не було визнано право на соціальну та медичну допомогу (в тому числі — забезпечення будь-якій малозабезпеченій особі, яка неспроможна отримати достатніх коштів своїми власними зусиллями або з інших джерел, зокрема за рахунок допомоги по соціальному забезпеченню, право на належну допомогу, а у разі захворювання забезпечення догляду, якого вимагає стан її здоров'я).

Між тим нератифікація останнього пункту входить у пряму суперечність з Конституцією України, стаття 49 якої наголошує, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [69].

Слід окремо зупинитися на питанні безоплатної медичної допомоги в контексті розгляду медичної допомоги. У всіх міжнародних документах про права людини стосовно права на здоров'я немає згадки про безоплатність медичної допомоги. Винятком може вважатися стаття 12 Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації стосовно жінок 1979 року, відповідно до якої жінкам у разі необхідності повинні безкоштовно надаватися медичні послуги, пов'язані з вагітністю.

Однак у процесі розробки деяких міжнародних документів обговорювалася проблема безоплатної медичної допомоги, яка в цілому не знаходила підтвердження в експертів і фахівців у галузі медичного права в охороні здоров'я. Логіка побоювання була продиктована тим, що така постановка проблеми про безоплатність медичної допомоги може породжувати

у населення хибні ілюзії, створювати завищені очікування, які можуть бути не реалізовані, і, нарешті, що безоплатність медичної допомоги є фактична відмова у повазі особистості та її відповідальності за власне здоров'я [33, с. 15].

Необхідно відзначити, що поняття (термін) безоплатності медичної допомоги і її фактичної реалізації має місце в національному законодавстві, насамперед у конституціях ряду країн, як високорозвинених, так і країн, що розвиваються (Великобританія, Канада, Китай, Куба, Нікарагуа та інші)

У цілому ряді країн термін безоплатність медичної допомоги на практиці застосовується для організації медичної допомоги (обслуговування) окремих соціальних груп населення тільки в тій частині, яка вимагає соціального захисту (Італія, Португалія та інші) В інших країнах (Болгарія, Греція) безоплатність медичної допомоги реалізується через механізми страхування, а в третіх (Данія, Литва) — тільки через спеціальний закон, в четвертих (Словаччина, Чехія) — і через механізми страхування, і через спеціальний закон.

Термін безоплатність медичної допомоги в «прямому» розумінні прописаний в конституціях ряду країн колишнього СРСР (Білорусь, Киргизія, Росія, Таджикистан, Туркменістан і Україна), а в конституціях Казахстану та Молдови — додатково через так званий гарантований рівень, тобто мінімальний рівень державного медичного забезпечення є безкоштовним [22, с. 266].

Отже, маємо узагальнити, що основними міжнародно-правовими стандартами у сфері охорони здоров'я є Європейська хартія прав пацієнта, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Міжнародний білль про права людини (рис. 2) [34, с. 197].

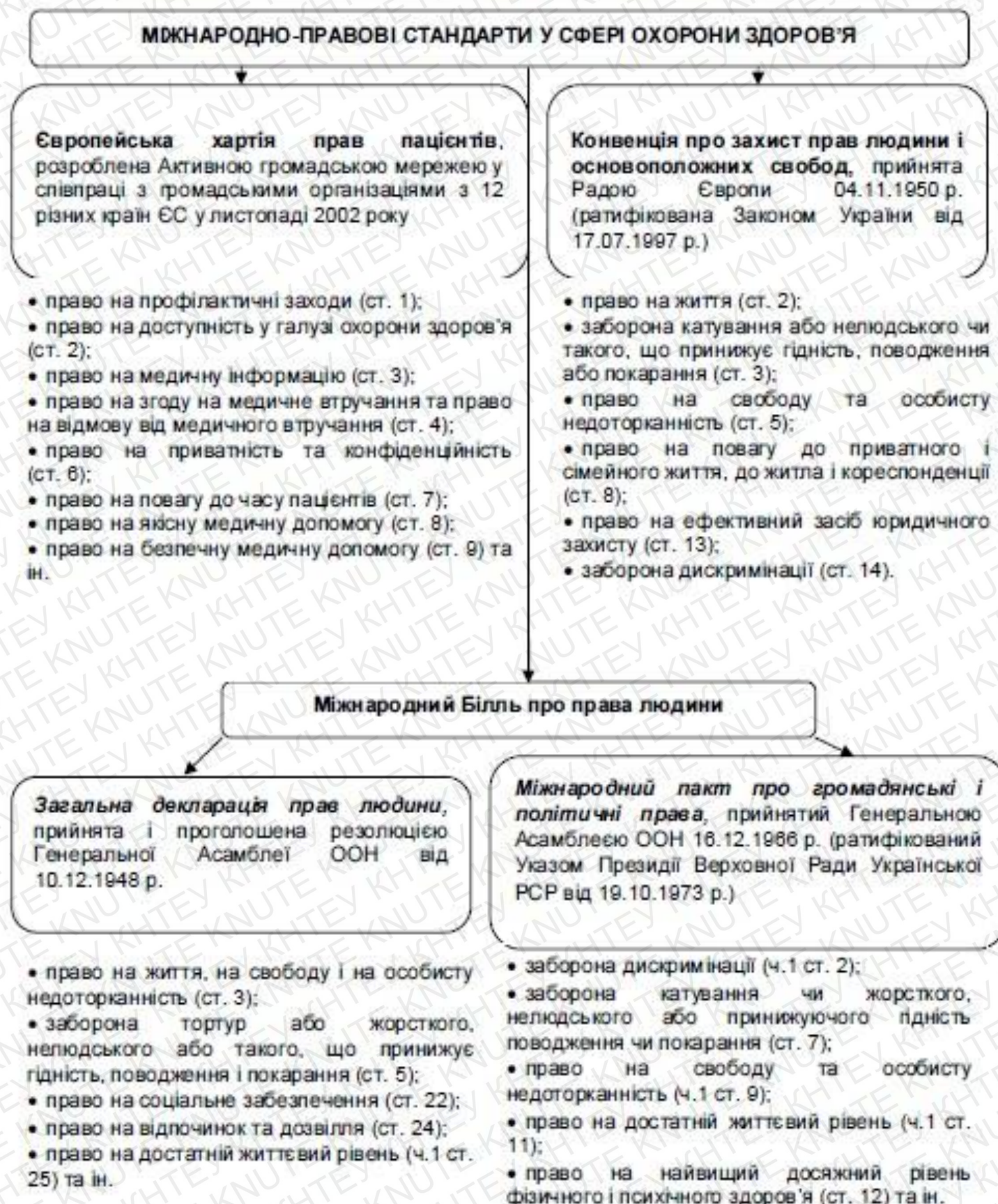


Рис. 2. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я

Окрім названих стандартів, важливими для сфери охорони здоров'я є: Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (стаття 12: заборона дискримінації щодо жінок у галузі охорони здоров'я; стаття 14: пункт «b» частина 2 право жінок, що проживають у сільських районах, на доступ до відповідного медичного обслуговування); Конвенція про права дитини (стаття 24: право на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я); Конвенція про права інвалідів (стаття 25: право на найбільш досяжний рівень здоров'я) та низка інших. Медична допомога має бути хоча б доступною, а найбільш незахищені категорії населення повинні отримувати державну підтримку в цьому відношенні. Приміром, у стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права йдеться про те, що повинні бути створені умови, що забезпечують медичну допомогу і догляд всім, хто її потребує, а це, у свою чергу, має на увазі фінансову допомогу для тих, хто не в змозі оплачувати ті чи інші медичні послуги. Подібним чином у конституціях ряду країн прописано право громадян (людини) на екстрену медичну допомогу. Така постановка питання означає, що медичний персонал зобов'язаний надавати екстрену медичну допомогу, незалежно від того, чи може пацієнт оплатити ці послуги [33, с. 17].

Таким чином, з вищенаведеного можна зробити такі висновки:

1. Більшість міжнародних актів, що стосуються медичної допомоги, не ратифіковані Україною.
2. Ратифікація міжнародного стандарту не означає, що всі положення цього документа будуть виконуватися в Україні як де-юре (можливість ратифікувати міжнародний акт із застереженнями), так і де-факто (відсутність організаційних та фінансових ресурсів для забезпечення реалізації міжнародно-правових приписів).
3. Імплементация норм міжнародного права, що стосуються медичної допомоги, в національне законодавство України здійснюється, переважно, прямим та доктринальним шляхами.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ МІЖНАРОДНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Поняття та елементи організаційно-правового механізму міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я

Відповідно до суті людиноцентристської моделі системи охорони здоров'я, всі основні системні функції, забезпечення ресурсами, фінансування та управління повинні відображати пріоритетність окремих осіб, членів їх сімей та громад. Така система має на меті створювати умови для надання послуг згідно потреб здоров'я людей і населення [102].

На даний момент існує низка міжнародно-правових актів, що регулюють відносини щодо надання медичної допомоги.

Певні питання охорони здоров'я вже отримали конвенційне закріплення, у деяких випадках доволі деталізоване (боротьба з особливо небезпечними хворобами, контроль над наркотичними речовинами тощо). Разом з тим є проблеми, які отримали певні нормативні основи, але на даний час ще не сформульовані на достатньому рівні для їх вирішення, зокрема це створення єдиного механізму співробітництва держав щодо захисту прав патентовласників на лікарські препарати та медичне обладнання, застосування нових біотехнологій, а також захист юридичної інформації.

Потрібно зазначити, що до основних напрямів міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я відносяться:

- боротьба з інфекційними та неінфекційними захворюваннями та їх профілактика;
- ліквідація наслідків екологічних катастроф, які негативно позначаються на здоров'ї людини;
- забезпечення стабільного функціонування систем охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій і дотримання прав людини на надання

необхідної медичної та гуманітарної допомоги;

- боротьба з тютюнопалінням;
- скорочення дитячої смертності; охорона материнства;
- стандартизація і контроль якості лікарських засобів;
- координація глобальних наукових досліджень і розробок в сфері охорони здоров'я.

Організаційно-правовий механізм міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я проявляється через прийняття міжнародно-правових норм та стандартів, а також участі країн в міжнародних організаціях та відповідних міжнародних конвенціях і міжнародних договорах щодо сфери охорони здоров'я.

Основними шляхами імплементації норм міжнародного медичного права в національне законодавство є такі:

- прямиий - через обов'язкові до виконання рішення Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної організації праці - організацій, повноправним членом яких є Україна;
- опосередкований - шляхом укладання та ратифікації міжнародних угод, які містять зобов'язання для держави у галузі забезпечення права на охорону здоров'я (Угода про надання медичної допомоги громадянам держав - учасниць Співдружності Незалежних Держав, 27 березня 1997 року - ратифікована із застереженнями 1 червня 2000 року, Угода про співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичних наук між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Китайської Народної Республіки, 31 жовтня 1992 року);
- доктринальний - через використання базових ідей та засадничих принципів, які розроблені або розробляються світовою спільнотою в галузі медичного права (Рекомендація № К(90)3 Комітету міністрів Ради Європи державам-учасникам відносно медичних дослідів на людині, прийнята 6 лютого 1990 року на 43-й нараді заступників міністрів);

□ інституційний - через врахування напрацювань та рекомендацій міжнародних організацій у галузі медичного права, таких як Всесвітня медична асоціація, Всесвітня асоціація медичного права тощо [13, с. 190].

Відповідно, наразі основними нормами щодо медичної допомоги містять такі міжнародні акти:

- Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (прийнятий у 1966 року, ратифікований Указом Президії Верховної Ради Української РСР у 1973 року);
- Декларація Всесвітньої організації охорони здоров'я про розвиток прав пацієнтів у Європі 1994 року;
- Положення Всесвітньої медичної асоціації «Про доступність медичної допомоги» (1988);
- Конвенція Міжнародної організації праці 1952 року № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення»;
- Конвенція Міжнародної організації праці про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби № 130, прийнята у Женеві 25 червня 1969 року, та Рекомендація щодо медичної допомоги та допомоги у випадку хвороби № 134;
- Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу та Протокол до неї, Париж, 11 грудня 1953 року;
- Європейський кодекс соціального забезпечення, прийнятий у Страсбурзі 16 квітня 1964 року, переглянутий в 1990 року, не ратифікований Україною;
- Європейська конвенція про соціальне забезпечення № 78, Париж, 14 грудня 1972 року;
- Європейська соціальна хартія (прийнята в 1961 року, переглянута в 1996 року, ратифікована Україною у 2006 року).

Конвенції Міжнародної організації праці також вміщують стандарти, які тією чи іншою мірою стосуються медичної допомоги. Наприклад, стаття 10



Конвенції МОП 1952 року № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення» визначає мінімальний перелік медичних послуг, які мають бути надані, у тому числі і за рахунок страхування [57, с. 28].

Допомога охоплює принаймні:

- у випадку хворобливого стану;
- загальну лікарську допомогу, зокрема візити додому;
- допомогу, яку надають фахівці стаціонарним або амбулаторним хворим у лікарнях, та допомогу, яку можуть надавати фахівці поза лікарнями;
- забезпечення найпотрібнішими медикаментами, які приписав лікар або інший дипломований спеціаліст;
- госпіталізацію в разі потреби;
- у разі вагітності, пологів та їхніх наслідків;
- допомогу до, під час і після пологів, яку надають лікар або дипломована акушерка;
- госпіталізацію в разі потреби.

Відповідно до частини 2 статті 10 Конвенції № 102 одержувач допомоги або його годувальник можуть бути залучені до участі у витратах, пов'язаних з медичною допомогою, що надається у зв'язку з хворобливим станом; правила, що регулюють цю участь, визначаються з таким розрахунком, щоб вона не виявилася непосильною.

Допомога, що надається згідно зі статтею 10, має на меті збереження, відновлення та поліпшення здоров'я осіб, які підлягають забезпеченню, а також їхньої працездатності і здатності самостійно задовольняти власні потреби.

Відповідно до статті 13 Конвенції МОП 1969 року № 130 «Про медичну допомогу і допомогу у зв'язку із захворюванням» громадяни кожної з країн, що ратифікували цей документ, повинні одержувати принаймні такі види медичної допомоги: загальну лікарняну допомогу, зокрема допомогу на дому; допомогу, яку надають спеціалісти стаціонарним або амбулаторним хворим, і

допомогу спеціалістів, яка може бути надана за межами лікарні; відпуск необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста; госпіталізацію у випадку потреби; стоматологічну допомогу, якщо це передбачено національним законодавством; медичну реабілітацію, у тому числі надання, ремонт і заміну протезів або ортопедичних засобів, якщо це передбачено національним законодавством [57, с. 30].

У статті 13 Європейської соціальної хартії визначено право на соціальну і медичну допомогу. З метою забезпечення ефективного здійснення права на соціальну і медичну допомогу Хартія зобов'язує держави:

- 1) забезпечити, щоб кожна особа, яка опинилась без адекватних ресурсів і не здатна набути такі ресурси шляхом власних зусиль чи з інших джерел, зокрема з фондів соціального забезпечення, змогла б отримати необхідну допомогу на випадок хвороби;
- 2) забезпечити, щоб така допомога не призвела б до скорочення політичних і соціальних прав осіб, що її отримують;
- 3) передбачити, щоб кожен міг отримати через відповідні державні та приватні служби таку пораду і особисту допомогу, які необхідні, щоб запобігти, ліквідувати чи полегшити особисту чи сімейну потребу [2].

Цікавими видаються міжнародні стандарти у галузі охорони здоров'я, а саме: Декларація про політику у сфері дотримання прав пацієнта в Європі. Розділ 5 «Лікування та організація медичної допомоги» закріплює право людини на отримання медичної допомоги відповідно до стану її здоров'я, включаючи профілактику і лікувальну допомогу. Надання медичних послуг повинно відповідати фінансовим, людським і матеріальним ресурсам даного суспільства та забезпечувати постійну доступність необхідної медичної допомоги для всіх у рівній мірі, без жодної дискримінації. У даному стандарті визначено також право пацієнтів на якісну медичну допомогу, що відповідає як високим технологічним стандартам, так і принципам людяності у відносинах між пацієнтом і надавачем медичних послуг [58, с. 277].

Визначення доступності медичної допомоги міститься у Положенні про доступність медичної допомоги (1988). У ньому передбачено, що це багатогранне поняття, яке включає баланс багатьох факторів у рамках жорстких практичних обмежень, які обумовлені ресурсами і можливостями держави. Ці фактори включають кадри, фінансування, транспортні засоби, свободу вибору, громадську грамотність населення, якість і розподіл технічних ресурсів. Баланс цих елементів вирішує характер і ступінь загальної медичної допомоги населенню.

Відповідно до Положення, найбільша доступність забезпечується за таких умов:

- кожному індивіду доступна необхідна йому медична допомога;
- забезпечена максимальна свобода вибору виконавців, системи надання допомоги і системи оплати, яка задовольняє різні потреби населення;
- інформованість, навчання й освіченість населення з усіх елементів, які стосуються доступу до допомоги;
- адекватна участь всіх сторін у розробці й управлінні системами.

Слід окремо зупинитися на питанні безоплатної медичної допомоги в контексті розгляду медичної допомоги. У всіх міжнародних документах про права людини стосовно права на здоров'я немає згадки про безоплатність медичної допомоги. Винятком може вважатися стаття 12 Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації стосовно жінок 1979 року, відповідно до якої жінкам у разі необхідності повинні безкоштовно надаватися медичні послуги, пов'язані з вагітністю.

Однак у процесі розробки деяких міжнародних документів обговорювалася проблема безоплатної медичної допомоги, яка в цілому не знаходила підтвердження в експертів і фахівців у галузі медичного права в охороні здоров'я. Логіка побоювання була продиктована тим, що така постановка проблеми про безоплатність медичної допомоги може породжувати

у населення хибні ілюзії, створювати завищені очікування, які можуть бути не реалізовані, і, нарешті, що безоплатність медичної допомоги є фактична відмова у повазі особистості та її відповідальності за власне здоров'я [33, с. 15].

Медична допомога має бути хоча б доступною, а найбільш незахищені категорії населення повинні отримувати державну підтримку в цьому відношенні. Приміром, у стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права йдеться про те, що повинні бути створені умови, що забезпечують медичну допомогу і догляд всім, хто її потребує, а це, у свою чергу, має на увазі фінансову допомогу для тих, хто не в змозі оплачувати ті чи інші медичні послуги. Подібним чином у конституціях ряду країн прописано право громадян (людини) на екстрену медичну допомогу. Така постановка питання означає обов'язок медичного персоналу надавати екстрену медичну допомогу, незалежно від здатності пацієнта оплатити ці послуги [33, с. 17].

Потрібно зазначити, що доступність медичної допомоги є широким поняттям, яке включає баланс багатьох факторів у рамках жорстких практичних обмежень, які обумовлені ресурсами і можливостями кожної окремої держави. Ці фактори включають насамперед кадрове забезпечення, фінансування, транспортні засоби, свободу вибору, освіченість населення, якість і розподіл технічних ресурсів. Співвідношення даних елементів вирішує характер і ступінь загальної медичної допомоги. Медичні служби повинні гарантувати рівний доступ для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, кольору шкіри, місця проживання, національності, виду захворювань чи часу звернення за медичною допомогою.

Відповідно найбільша доступність забезпечується за таких умов:

- кожній особі доступна необхідна їй медична допомога;
- забезпечена максимальна свобода вибору виконавців, системи надання допомоги і системи оплати, яка задовольняє різні потреби людей;
- інформованість, навчання й освіченість людей з усіх елементів, які

стосуються доступу до допомоги;

- ефективна участь країн в розробці й управлінні системами.

Також, ми хочемо додати, що відповідно до Рекомендацій СМ/Кес (2010) 6 Комітету Міністрів Ради Європи [92] у всіх державах-членах:

I. Закони та підзаконні нормативні акти з управління системою охорони здоров'я повинні створюватися на основі фундаментальних цінностей і принципів.

1) Законодавча база системи охорони здоров'я має бути заснована на трьох фундаментальних цінностях Ради Європи: дотриманні прав людини і забезпеченні людської гідності; верховенстві закону; демократії.

Право на охорону здоров'я повинно базуватися на принципах універсальності, рівності та солідарності.

2) Державам-членам пропонується запровадити системи моніторингу для систематичної оцінки адекватності механізмів управління [92].

II. Створення кодексів поведінки.

1) Враховуючи складність і професійний характер медичних послуг, законодавство в галузі охорони здоров'я повинно доповнюватися чіткими і детальними кодексами поведінки.

2) Кодекси поведінки повинні бути розроблені для адміністраторів, менеджерів, політиків, фахівців та їх організацій, а також для галузей, пов'язаних з охороною здоров'я, в тому числі для засобів масової інформації.

3) Кодекси поведінки повинні містити ефективні механізми для їх впровадження, виконання та контролю.

4) Кодекси поведінки для медичних працівників повинні включати положення про конфлікт інтересів.

5) Уряди держав-членів повинні сприяти прийняттю кодексів поведінки для підвищення ефективності управління в системах охорони здоров'я [92].

III. Моніторинг ефективності управління системами охорони здоров'я.

1) Справжні цінності та принципи ефективного управління повинні стати невід'ємною частиною системи охорони здоров'я.

2) Державам-членам пропонується розробити методи оцінки.

В цілому, моніторинг ефективного управління має вирішувати завдання:

- оцінювати управління в системах охорони здоров'я як на національному, так і на організаційному рівні;
- забезпечувати можливість контролю державного управління з боку всіх зацікавлених сторін;
- підвищувати обізнаність та сприяти розумінню ролі менеджменту в системі охорони здоров'я [92].

IV. Управління конфліктами інтересів у системах охорони здоров'я.

1) Держави-члени повинні докладати зусиль щодо визначення сфер, де можуть виникнути конфлікти інтересів у системі охорони здоров'я, і щодо запобігання та припинення таких конфліктів.

2) Особлива увага повинна приділятися конфлікту інтересів тих осіб, які виконують публічні обов'язки. Слід розробити також ряд норм щодо культури в сфері державного управління.

3) Всі кандидати, які претендують на роботу в секторі державної служби, повинні заявляти про будь-які можливості конфлікту інтересів.

Посадові особи повинні:

- проявляти пильність щодо будь-яких дійсних або потенційних конфліктів інтересів, включаючи кумівство;
- вживати заходів для уникнення таких конфліктів;
- виявляти будь-який конфлікт інтересів;
- заявляти, коли він чи вона має конфлікт інтересів.

4) На всіх рівнях системи охорони здоров'я повинні бути розроблені адекватні нормативно-правові та організаційні інструменти, які дозволять виявляти конфлікти інтересів і вчиняти юридичні чи інші дії щодо їх ліквідації.

Це повинно регулюватися на індивідуальному, інституційному та

національному рівнях.

5) Будь-який потенційний конфлікт інтересів, пов'язаний з клінічною науково-дослідною діяльністю, повинен бути зареєстрований і проконтрольований незалежним органом. Клінічні дослідження повинні також контролюватися комітетами з етичних досліджень.

6) Наукова та професійна діяльність, в тому числі безперервна медична освіта для фахівців охорони здоров'я, повинна бути організована таким чином, щоб гарантувати її неперервність і уникати впливу комерційних інтересів [92].

#### V. Ефективні засоби боротьби з корупцією та шахрайством.

1) Шахрайство та корупція повинні бути чітко визначені і врегульовані в рамках всієї нормативно-правової бази на всіх рівнях системи охорони здоров'я, що зробить їх невід'ємною частиною всіх медико-санітарних правил.

2) Держави-члени повинні розглянути питання про створення на національному рівні незалежного органу з боротьби з корупцією. Такий орган слід наділити правом у разі необхідності вчиняти юридичні та інші дії.

3) Сприяти формуванню культури і, таким чином, запобігати корупції, шахрайству і кумівству.

На місцях має бути запроваджена всеохоплююча і системна стратегія, яка повинна передбачати:

- високий рівень політичних пріоритетів і громадського резонансу в боротьбі з корупцією та шахрайством;
- забезпечення професійного розслідування та публічної звітності про всі випадки виявленого або передбачуваного шахрайства і корупції в системі охорони здоров'я;
- можливість у разі таких порушень застосування кількох видів відповідальності, наприклад цивільної, кримінальної та/або дисциплінарної;
- систему компенсації за збитки, завдані шахрайством та корупцією;
- систему звітності на національному рівні з періодичними

доповідями про прогрес, досягнутий щодо шахрайства та корупції [92].

#### VI. Підготовка фахівців охорони здоров'я.

1) Урядам держав-членів слід сприяти створенню системи освіти та професійної підготовки фахівців охорони здоров'я з метою набуття ними необхідних навиків для ефективного управління медичними установами та програмами.

2) Держави-члени повинні забезпечити, щоб відповідні заклади післядипломної освіти були доступні як на національному, так і на регіональному рівні, з підтриманням зв'язків між керівниками академічних закладів та установ охорони здоров'я. Такі заклади мають сприяти поширенню досягнень у сфері суспільної охорони здоров'я і медичних досліджень, а також виступати в якості ресурсу для розвитку, реформування та оцінки систем охорони здоров'я [92].

У Загальній декларації про права людини, міжнародних пактах і конвенціях стосовно питань дітей, що мають обов'язкову юридичну силу з погляду міжнародного права для тих країн, що підписали ці документи та ратифікували їх, міститься цілий ряд правових положень, які можна розглядати самостійно або в поєднанні з іншими правами кожної дитини на життя, свободу й безпеку, доступне медичне забезпечення, соціальний захист на рівні родини та суспільства.

Незважаючи на те, що матеріали міжнародних конференцій не мають обов'язкової сили з позиції юридичного права, а є здебільшого рекомендаційними або декларативними, вони мають вагомe інформаційно-нормативне значення в розвитку національної концепції щодо дотримання прав дитини, оскільки вони за узагальненими результатами здобули визнання й підтримку більшості країн. Прикладом можуть стати різні міжнародні форуми, які проводяться за методичною та матеріальною ініціативою ЮНІСЕФ у тих країнах, де ці питання є найактуальнішими. Такі міжнародні форуми мають велике значення для розвитку, просування та пропаганди ідеї дотримання прав



дитини в Україні, широкого співробітництва між урядами й громадськими організаціями [16, с. 131].

Необхідність адаптації норм, в тому числі у сфері охорони здоров'я, передбачена як національним законодавством, так і міжнародними угодами.

Основні принципи і напрями, на яких Рада Європи рекомендує зосередити свої зусилля державам-членам при розробці власних норм в сфері управління охороною здоров'я:

1. Законодавча база систем охорони здоров'я має бути заснована на трьох фундаментальних цінностях Ради Європи: дотримання прав людини і забезпечення людської гідності, верховенстві закону, демократії.

2. Право на охорону здоров'я повинно базуватися на принципах: універсальності, рівності, солідарності.

3. Рекомендовані напрями роботи: створення кодексів поведінки, моніторинг ефективності управління системами охорони здоров'я, управління конфліктами інтересів, запровадження всеохоплюючої і системної стратегії боротьби з корупцією та шахрайством, підготовка фахівців охорони здоров'я.

## **2.2. Міжурядові організації в організаційно-правовому механізмі міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я**

У сучасному світі роль міжнародних організацій є надзвичайною, оскільки вони є найважливішою формою реалізації міжнародного співробітництва та багатосторонньої дипломатії. Майбутнє всього людства залежить від того яким є сьогодні та буде в майбутньому міжнародний порядок. Своєю чергою, стан міжнародного порядку значною мірою залежить від діяльності (або бездіяльності) міжнародних організацій.

Надзвичайне значення діяльності міжнародних організацій у сучасному світі можна проілюструвати на декількох прикладах. Лише завдяки ефективній діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я стала можливою

локалізація та боротьба з поширенням вірусу ебола в Африці. Подолання наслідків світової продовольчої кризи стало можливим лише за ефективної координації з боку Світової продовольчої та сільськогосподарської організації. Без ефективного сприяння Організації Об'єднаних Націй було б неможливим подолання наслідків збройних конфліктів у Гвінеї, Гвінеї-Біссау та Сьєрра-Леоне. За ефективної участі миротворчих сил Організації Об'єднаних Націй стало можливим досягнення миру в Південному Судані, Косово, Ліберії, Західній Сахарі та інших регіонах. Зростаюче значення міжнародних організацій обумовлює необхідність їх дослідження як форми міжнародного співробітництва [30, с. 62].

Категорія «Міжнародна організація» найчастіше застосовується саме у розумінні «міжурядова організація». І. І. Лукашук визначив міжнародні організації як засновані міжнародним договором організації, покликані на постійній основі координувати дії держав-членів відповідно до наданих їм повноважень [29, с. 32].

Так наприклад К. А. Бєкяшев запропонував більш широке визначення поняття міжнародна організація, відповідно до якого міжнародна організація - це об'єднання держав, створене відповідно до міжнародного права і на основі міжнародного договору, для здійснення співробітництва в політичній, економічній, культурній, науково-технічній, правовій та інших галузях, що має необхідну для цього систему органів, права і обов'язки, похідні від прав і обов'язків держав, і автономну волю, обсяг якої визначається волею держав-членів [14, с. 356].

А відповідно Р. А. Каламкарян визначив міжнародні організації як об'єднання держав, засновані на основі міжнародного договору для досягнення загальних цілей, що мають постійні органи і діють в інтересах держав-членів з повагою до їх суверенітету [23, с. 219].

Як зазначає К. А. Бєкяшев міжнародні організації є основними організаторами спілкування держав [14, с. 353]. Слід окремо наголосити на

тому, що міжнародні організації є органами співробітництва держав, вони не носять наддержавного характеру [29, с. 34].

Міжнародний суд ООН неодноразово підкреслював, що міжнародні організації мають лише ту компетенцію, якою їх наділили держави-члени відповідної організації.

Першими міжнародними організаціями, діяльність яких стосувалась питань здоров'я, були Панамериканське санітарне бюро (перейменовано на Панамериканську санітарну організацію, згодом - на Панамериканську організацію охорони здоров'я. Створена в 1902 році й об'єднує країни американського континенту), Міжнародне бюро громадської гігієни в Парижі (створене для спостереження за міжнародними правилами щодо карантину судів і портів, а також для адміністрування інших конвенцій у галузі суспільної охорони здоров'я. Організація припинила своє існування згідно з протоколом від 22 липня 1946 і її епідеміологічна служба була включена до структури Всесвітньої організації охорони здоров'я та Організація охорони здоров'я Ліги націй (1922 року були створені Комітет з охорони здоров'я Націй та Департамент здоров'я. Після розпаду Ліги Націй вони перейшли до складу Всесвітню організацію охорони здоров'я) [65, с. 201].

Після створення Організації об'єднаних націй в її структурі 1948 року утворено Всесвітню організацію охорони здоров'я як спеціалізовану організацію, яка відіграє провідну роль у вирішенні проблем глобальної охорони здоров'я, встановлює норми і стандарти, розробляє науково обґрунтовані варіанти політики, забезпечує технічною підтримкою країн, а також здійснює моніторинг та оцінює тенденцій у галузі охорони здоров'я.

На міжнародній конференції в Парижі 1946 року за участі представників 51 країни було опрацьовано Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я і на наступній конференції в Нью-Йорку документ було затверджено. Країна-член ООН автоматично є членом Всесвітньої організації охорони здоров'я [65, с. 201].

Після прийняття та набуття чинності Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я [82] в 1948 році здоров'я почали сприймати як не лише товар чи послугу, а й як суспільну цінність, фундаментальне добро та право людини. Відповідно до Статуту головним завданням Всесвітньої організації охорони здоров'я є управління та координація всіх заходів щодо здоров'я на міжнародному рівні. Причому діяльність усіх організацій та систем охорони здоров'я повинна мати на меті досягнення всіма людьми максимально можливого найвищого рівня здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я вважає, що добре функціонуюча система охорони здоров'я повинна збалансовано реагувати на потреби та очікування населення щодо:

- покращення стану здоров'я окремих осіб, сімей і громад;
- захисту населення від загроз його здоров'ю;
- захисту людей від фінансових наслідків поганого здоров'я;
- забезпечення рівного доступу до допомоги орієнтованої на людину
- можливості людей брати участь у прийнятті рішень, що впливають на їх здоров'я і систему охорони здоров'я [89].

Державами-членами Всесвітньої організації охорони здоров'я Європейського регіону й низкою міжнародних партнерів прийнято «Талліннську хартію: Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту», що визначає керівні вказівки і стратегічну основу для зміцнення систем охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ. Цей документ був схвалений на сесії Регіонального комітету ВООЗ для сесії Європи в Тбілісі у вересні 2008 року (резолюція EUR/RC58/R4) [96]. Зазначена Талліннська хартія виловлює прихильність держав-членів питанню дотримання права людини на охорону здоров'я відповідно до положень Статуту ВООЗ [80] і Одинадцятій загальної програми роботи [35, с. 12].

Досвід міжнародних організацій щодо визначення напрямків формування

національних систем охорони здоров'я має більш ніж тридцятирічну історію. Першим значним таким документом була Алма-Атинська декларація з первинної медико-санітарної допомоги (1978 року) [84], яка рекомендувала, що системи охорони здоров'я повинні бути орієнтовані насамперед на надання допомоги громадянам і місцевим співтовариствам, а також на розвиток служб первинної медико-санітарної допомоги. Також важливе значення мали Люблянська хартія 1996 року з реформування охорони здоров'я [98], Заява Мехіко 2004 року з наукових досліджень у галузі охорони здоров'я [99], а також оновлені в 2005 р Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ [97].

Усі структурні підрозділи ВООЗ так чи інакше взаємодіють із країнами-членами організації та впливають на формування систем охорони здоров'я. Відповідно до Статуту ВООЗ головним органом, який приймає рішення, є Асамблея ВООЗ, до якої входять делегати всіх країн-членів. Також у структуру органів ВООЗ входять Виконавча Рада та Секретаріат, який очолює Генеральний Директор. Генеральний директор керує всією діяльністю організації та співпрацює з директорами шести регіональних бюро (регіони Африканський, Американський, Європейський, Південно-східної Азії, Східно-Середземноморський, Західної частини Тихого океану), які обираються Регіональними комітетами, тобто країнами членами даного регіону [65, с. 202].

Особливістю ВООЗ з точки зору структури є регіоналізація. Діяльність ВООЗ здійснюється за допомогою центральних органів і шести регіональних організацій (Регіональне бюро для країн Африки; Регіональне бюро для країн Америки; Регіональне бюро для країн Південно-Східної Азії; Європейське регіональне бюро; Регіональне бюро для країн Східного Середземномор'я; Регіональне бюро для країн Західної частини Тихого океану). Такий підхід дозволяє досягти максимальної адаптації до національних, географічних, кліматичних, економічних та екологічних особливостей різних територій і сприяє найкращому відображенню регіональних пріоритетів. Кожна

регіональна організація складається з Регіонального комітету і Регіонального бюро.

Регіональні комітети складаються з представників держав - членів ВООЗ та асоційованих членів даного регіону. Регіональні бюро працюють під загальним керівництвом Генерального директора ВООЗ і є адміністративні органи Регіональних комітетів. Очолює Регіональне бюро регіональний директор, який призначається Виконавчим комітетом ВООЗ за участю Регіонального комітету.

Нормотворча функція ВООЗ закріплена в стаття 2 Статуту ВООЗ. Стаття 19 цього Статуту встановлює, що Асамблея має право приймати конвенції та угоди з будь-якого питання, що входить в компетенцію ВООЗ.

Асамблея має право встановлювати правила, що стосуються:

- Санітарних і карантинних вимог та інших заходів, спрямованих проти міжнародного поширення хвороб;
- Номенклатури хвороб, причин смерті і практики суспільної охорони здоров'я;
- Стандартів діагностичних методів дослідження для їх міжнародного використання;
- Стандартів щодо нешкідливості, чистоти і сили дії біологічних, фармацевтичних і подібних продуктів, що обертаються в міжнародній торгівлі, реклами і ярликів біологічних, фармацевтичних і подібних продуктів, що мають обіг в міжнародній торгівлі.

Особливістю нормотворчої діяльності ВООЗ є прийняття в основному регламентів і рекомендацій, посібників, що не володіють юридично обов'язковою силою. Перший Регламент був прийнятий Асамблеєю в 1948 р і містив номенклатури захворювань і причин смертності.

Серед рекомендацій ВООЗ слід виділити наступні:

- Спільні рекомендації ВООЗ, МОП для служб охорони здоров'я з проблеми ВІЛ / СНІДу 2005 року;

- Рекомендації щодо застосування протівірусних препаратів 2009 року;
- Рекомендації щодо забезпечення інвалідними кріслами-колясками з ручним керуванням в умовах обмежених ресурсів 2010 року;
- Глобальні рекомендації з фізичної активності для здоров'я 2010 року;
- Рекомендації щодо забезпечення якості, безпеки та ефективності вакцини проти дифтерії 2012 року та інше.

Серед посібників ВООЗ:

- Керівництво з питань ВІЛ-тестування та консультування з ініціативи медичних працівників в лікувально-профілактичних установах 2007 року;
- Практичний посібник з використання контрольного переліку ВООЗ по хірургічній безпеці 2009 року;
- Посібник з невідкладної допомоги при травмах 2010 року;
- Керівництво по наданню першої психологічної допомоги 2011 року;
- Керівництво по використанню антиретровірусних препаратів ВІЛ-негативними людьми, що піддаються високому ризику, з метою запобігання їх інфікування 2012 року та інше.

У Європейському регіоні ВООЗ тісно співпрацює з урядами країн як щодо виконання завдань Статуту ВООЗ, так і спеціалізованих Програм цієї організації. Так, після тривалих дискусій на 62 сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ для Європи у вересні 2012 року було прийнято Програму «Здоров'я-2020» [87].

Програма «Здоров'я-2020» спрямована на підтримку дій усіх державних органів та суспільства щодо значного покращення здоров'я й благополуччя населення. Одним із чотирьох пріоритетних напрямків Програми визначено зміцнення систем охорони здоров'я, орієнтованих на населення.

Відповідно до Програми «Здоров'я-2020» зміцнення національних

системи охорони здоров'я є актуальним через потребу впровадження нових підходів та інновацій для покращення здоров'я, а також забезпечення справедливості щодо здоров'я. Удосконалення громадського здоров'я та надання медичної допомоги, зосередження на ключових елементах систем охорони здоров'я, зокрема, людські ресурси та лікарських засобів високої якості, зміцнення механізмів фінансування охорони здоров'я та вдосконалення управління є основними напрямками діяльності в Європейському регіоні згідно даної Програми ВООЗ [65, с. 202].

Програма «Здоров'я-2020» - це детально розроблене стратегічне бачення системи охорони громадського здоров'я як динамічної мережі зацікавлених сторін на всіх рівнях суспільства. З точки зору поваги прав людини, запропонована даною програмою людиноцентриська модель системи охорони здоров'я передбачає створення належних умов для реалізації кожним своїх прав щодо здоров'я [65, с. 202].

Країни члени від початку створення ВООЗ користуються експертним потенціалом організації. ВООЗ пропонує свою підтримку в напрямку розвитку охорони здоров'я, у тому числі внутрішньої державної політики. Європейське регіональне бюро ВООЗ надає країнам членам свого регіону технічну допомогу щодо планування, управління, законодавства, розвитку медичних кадрів, економіки охорони здоров'я, належного застосування медичних технологій, а також створення програм охорони здоров'я з урахуванням ролі міжнародного співтовариства.

Перед усіма країнами світу все актуальніше постає проблема постійного збільшення витрат на охорону здоров'я, що зумовлено впровадженням нових технологій, науковими відкриттями в галузі медицини та фармації. Навіть високорозвинені країни не можуть повністю покрити фінансових потреб. Тому в II половині ХХ століття з'явилися ініціативи співучасті у процесі розвитку систем охорони здоров'я публічних та приватних інституцій [65, с. 203].

У кінці 1980-х років за ініціативою Світового банку, ВООЗ та ЮНІСЕФ



було започатковано державно-приватне партнерство. На кінець 1990-х років ця ініціатива набула широкого застосування в країнах світу [94, с. 5].

Всесвітня організація охорони здоров'я з початку 2000-х років широко опрацьовує можливі шляхи взаємодії Всесвітньої організації охорони здоров'я з приватним сектором та підтримує ініціативи, які можуть допомогти підтримувати ефективне державно-приватне партнерство для здоров'я в державах-членах.

Зокрема, Всесвітня організація охорони здоров'я у 2000 році було розроблено Керівні вказівки щодо взаємодії з комерційними підприємствами для досягнення результатів в охороні здоров'я [86], насамперед задля визначення та реагування на можливі конфлікти інтересів чи корупційні прояви.

У Європейському регіоні також досить значний вплив на діяльність держав у сфері охорони здоров'я здійснює Рада Європи. Парламентська Асамблея Ради Європи в 2003 році затвердила Рекомендацію «Реформа системи охорони здоров'я в Європі: поєднання справедливості, якості та ефективності» [100], у якій особливу увагу надала зміцненню поваги до прав пацієнтів, зокрема шляхом підтримки ролі громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я, збереження і зміцнення права пацієнта на вільний вибір лікаря, медичної установи та медичного страхування, стимулювання розширення доступу до інформації для пацієнтів і зміцнення здатності пацієнта до прийняття рішень та відповідальності за них.

Комітетом Міністрів Ради Європи затверджено 31 березня 2010 року Рекомендацію CM/Кес (2010) 6 щодо питань ефективного управління в системах охорони здоров'я [80]. Від членів Ради Європи, згідно з рекомендацією, вимагається вжити належних заходів для забезпечення належного управління системою охорони здоров'я на принципах:

- поваги прав людини, верховенства права та демократії;
- універсальності, солідарності та справедливості;

- прозорості, підзвітності, результативності, ефективності та якості.

Досить важливу роль у належному управлінні системою охорони здоров'я міністри країн-членів Ради Європи надали необхідності розробки та прийняття етичних принципів управління системою охорони здоров'я, з особливим акцентом на кодекси поведінки, які спрямовані на запобігання та боротьбу з корупцією, управління конфліктами інтересів.

Більшість рекомендацій Ради Європи щодо національних систем охорони здоров'я ґрунтується на повазі прав людини та фундаментальних свобод, на захисті права на здоров'я, права на медичну допомогу тощо, наприклад, Рекомендація 1959 (2011) 1 Профілактичні політики у сфері охорони здоров'я в Раді Європи країн-членів [73].

Одним із спеціалізованих органів Ради Європи є Керівний комітет з біоетики, який перебуває у віданні Генерального директорату з правових питань. Комітет розробляє документи, які згодом затверджуються Парламентською Асамблеєю та Комітетом Міністрів Ради Європи.

До завдань Комітету належать вивчення етичних, правових проблем і проблем, що стосуються прав людини, у зв'язку з розвитком біомедицини; здійснення роботи з метою гармонізації політики держав-членів та розробка відповідних правових актів з етичних і правових питань, пов'язаних з даною специфічною сферою, включаючи захист людських ембріонів і генетику, що також передбачає розробку додаткових протоколів до Конвенції 1997 року; здійснення діяльності з метою спрощення імплементації принципів Конвенції 1997 року і Додаткових протоколів до неї; співробітництво з іншими міжнародними організаціями та ЄС [54, с. 279-280].

Членами Комітету є представники держав-членів Ради Європи, які є фахівцями з біоетики і володіють кваліфікацією в галузі біології, медицини та інших наук, етики, права, а також інші особи, які володіють кваліфікацією в галузі біомедицини і здатні розглядати різні питання біоетики з точки зору прав людини. Учасниками Комітету є Керівний комітет з прав людини,

Європейський комітет з охорони здоров'я і Парламентська Асамблея. Іншими учасниками Комітету є Європейська Комісія, держави, що мають статус спостерігачів при Раді Європи, а також деякі міжурядові організації, такі як ВООЗ або ЮНЕСКО. Статус спостерігачів при Комітеті мають Австралія і Ізраїль, а також неурядові організації - Європейський науковий фонд та Громадська і церковна комісія Конференції Європейських церков.

Розглядаючи позицію Європейського Союзу щодо національних систем охорони здоров'я, варто також навести кілька документів, що засвідчують визнання важливості належного функціонування системи організації та управління в охороні здоров'я в країнах членах ЄС.

У 2013 році Рада Європейського Союзу сформулювала вимоги щодо формування та діяльності системи охорони здоров'я «Позиція щодо сучасних, адекватних і стійких систем охорони здоров'я» [85], у якому зокрема визнано, що під час реформування систем охорони здоров'я повинні обов'язково враховуватись як принцип забезпечення рівного й загального доступу до високоякісної охорони здоров'я, так і фінансування, заснованого на принципі солідарності та більш ефективного використання державних ресурсів.

Важливим документом для країн-членів ЄС є стратегія «Разом для здоров'я» 2007 року, яка відповідає на виклики, що стоять перед країнами-членами шляхом зміцнення співпраці та координації в рамках ЄС та доповнює національну політику охорони здоров'я країн відповідно до стаття 168 Договору про функціонування ЄС [101]. У межах даної стратегії прийнято «Третя програма щодо здоров'я» на 2014-2020 роки, одним із завдань якої є сприяння інноваційним, ефективним та стійким системам охорони здоров'я [93].

Також, хочемо окремо відзначити щодо ролі міжнародних організацій у захисті саме дітей, які є найменш захищеною верствою населення, наприклад основними міжнародними інституціями, що співпрацюють з Урядом України у сфері охорони здоров'я дітей, є агенції ООН: Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Міжнародна організація праці (МОП), Всесвітня організація охорони здоров'я

(ВООЗ), Організація Об'єднаних Націй з питань науки, культури і освіти (ЮНЕСКО), Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС).

ЮНІСЕФ є єдиною організацією системи ООН, діяльність якої присвячена виключно вирішенню проблем, пов'язаних зі здоров'ям і життям дітей. ЮНІСЕФ співпрацює з іншими установами ООН, урядовими й неурядовими організаціями багатьох країн для створення та підтримки мережі служб, які забезпечують охорону здоров'я, харчування, базову освіту, чисту питну воду й елементарну санітарію в країнах, що розвиваються. Відсутність або нестача таких служб спричинює виникнення загрозливих ситуацій для життя наймолодших мешканців Землі, і одним із завдань Фонду є зменшення негативного впливу зазначених чинників. Кожна окремо взята країна має свої особливості правового устрою, географічного розташування, зовнішності корінного населення, генетичного фонду, екологічного стану, а також організації життєдіяльності населення. Проте глибокий аналіз цих складових вказує на схожість причин виникнення проблем дитячого здоров'я і, ймовірно, однаковий, частіше спільний або подібний, підхід до їх вирішення [78]. ЮНІСЕФ співпрацює з Урядом України і має своє представництво в Україні.

Необхідність співпраці України та ЮНІСЕФ, як приклад міжнародної співпраці, шляхом упровадження кращих міжнародних практик у подоланні негативних тенденцій щодо забезпечення життєдіяльності дітей підтверджується показниками здоров'я дітей: в Україні щорічно статусу інваліда набувають приблизно 20 тис. дітей, щорічно помирає приблизно 4-5 тис. дітей віком до 1 року з різних причин. Основними чинниками цього показника є випадки смерті від зовнішніх причин, які залежать від умов догляду. Значна кількість випадків смерті серед підлітків стали причини самогубства, травм та нещасних випадків. Зростає кількість ВІЛ-інфікованих дітей, з яких 92% - це діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями. Суттєвими проблемами дитинства в Україні є соціальне сирітство та безпритульність. Порушення права дитини на достойні умови життя в родині за живих батьків є

одним і питань, яким опікується ЮНІСЕФ у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні [16, с. 130].

Всесвітня організація охорони здоров'я також опікується проблемами здоров'я дітей. Співробітництво України з Всесвітньою організацією охорони здоров'я - одна з важливих складових її міжнародного співробітництва з метою забезпечення конституційного права кожного громадянина України, у тому числі дитини, на охорону здоров'я. Особливого значення таке співробітництво набуває в умовах глобалізації світу.

Підходи Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно з якими здоров'я визначається водночас як ресурс і мета розвитку та ключ до процвітання, відповідає принципам державної політики України в соціально-економічній галузі.

Основні завдання Всесвітньої організації охорони здоров'я та стратегічні напрями їх реалізації відповідають інтересам України, більшість загальних пріоритетів організації збігається з пріоритетами, визначеними Урядом України.

Співробітництво України з Всесвітньою організацією охорони здоров'я здійснюється переважно через Європейське регіональне бюро відповідно до межових (2-річних) угод, що укладаються між Україною та Європейського регіонального бюро. В угодах визначаються пріоритетні напрями співробітництва, на які скеровуються кошти, що виділяються з основного бюджету Всесвітньої організації охорони здоров'я на підтримку заходів на рівні країни. У Києві функціонує Представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні. Україна зацікавлена у використанні потенціалу та накопиченого Всесвітньою організацією охорони здоров'я міжнародного досвіду, а також залученні через її канали міжнародної допомоги для розв'язання проблем, у першу чергу, у таких напрямках: туберкульоз та ВІЛ/СНІД; пташиний грип, рак, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет; тютюн; здоров'я матері й дитини; безпека продуктів харчування;

психічне здоров'я; безпека крові.

Заходи, що здійснюються в межах співробітництва України з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, узгоджуються з її національними пріоритетами та стратегіями у сфері охорони здоров'я, враховують специфіку ситуації в країні та особливості національної системи охорони здоров'я [16, с. 131].

Головною метою Всесвітньої організації охорони здоров'я є сприяння забезпеченню охорони здоров'я населення всіх країн світу. Текст Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я можна коротко сформулювати як «право на здоров'я». Всесвітня організація охорони здоров'я координує міжнародне співробітництво з метою розвитку й удосконалення систем охорони здоров'я, викорінення інфекційних захворювань, впровадження загальної імунізації, боротьби з поширенням ВІЛ-інфекції, координації фармацевтичної діяльності країн-членів тощо. Упродовж останніх років завдяки зусиллям Всесвітньої організації охорони здоров'я питання охорони здоров'я стали пріоритетом у політичному порядку денному світу. Їх почали обговорювати на найважливіших політичних форумах, до цієї сфери залучаються нові фінансові ресурси. До Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я входить 52 країни, в тому числі Україна. Європейське регіональне бюро (ЄРБ) Всесвітньої організації охорони здоров'я, розташоване в Копенгагені (Данія), очолює Регіональний директор.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначені основні стратегічні напрями для створення умов у країнах Європейського регіону, що дають змогу дітям повною мірою реалізувати свій потенціал стосовно здоров'я та розвитку й зменшити тягар захворюваності та смертності, яким у більшості випадків можна запобігти. Рекомендована стратегія є основою для розроблення національних програм щодо охорони дитинства й зменшення смертності дітей зокрема. Основними керівними принципами цієї стратегії визначено:

- національна програма повинна бути спрямована на вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям на всіх етапах розвитку дитини (від дородового до підліткового);

- першочергове вирішення проблем малозабезпечених категорій дітей;
- використання міжсекторального підходу до вирішення проблем охорони здоров'я дітей;
- залучення громадськості, молоді до розробки, реалізації та моніторингу виконання програми.

Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, отримавши від країн-членів мандат на розробку нової європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я-2020» з метою прискорення прогресу та досягнення максимального потенціалу Європейського регіону у сфері охорони здоров'я до 2020 року, сформулювало програму дій у цій політиці, спрямованій на те, щоб Європейський регіон Всесвітньої організації охорони здоров'я став таким, де всім людям створено умови та надається підтримка для повної реалізації свого потенціалу здоров'я й досягнення благополуччя; де країни, кожна окремо та усі разом, вживають заходів з метою зменшення несправедливості щодо здоров'я у межах своїх територій та загалом.

Кінцевою метою нової європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я-2020» є поліпшення здоров'я й підвищення рівня добробуту жителів Європи. Досягнення цієї мети на основі найкращих наявних фактичних даних має стати стрижнем процесу реалізації політики «Здоров'я-2020» на всіх його етапах і в усіх країнах Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я, в тому числі в Україні [16, с. 132].

Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в усьому світі приділяє значну увагу питанням профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД), завдяки чому в цій сфері досягнуті надзвичайні результати, а саме в розвинутих країнах світу показник вертикальної трансмісії становить 0-1%. Для України співпраця з ЮНЕЙДС дає

можливість посилити зусилля у профілактиці перинатальної ВІЛ-інфекції, рівень якої становить 4,5%.

Отже, саме Конвенція ООН про права дитини 1989 року є головним міжнародним документом, з якого розпочалося формування системи міжнародних стандартів щодо захисту прав дітей. Після ратифікації 20 років тому цієї Конвенції Україна поряд з іншими країнами світу активно розбудовує своє національне законодавство щодо захисту прав дітей відповідно до міжнародних документів.

Таким чином, статутний статус міжнародних організацій в Україні, які опікуються питаннями охорони здоров'я дітей, дає змогу залучити найкращі світові практики до забезпечення права дитини на здоров'я та життя. Органам державної влади необхідно активізувати елементи співпраці з міжнародними організаціями шляхом раціонального використання методичної та технічної підтримки міжнародних організацій із детальним моніторингом ефективності впровадження запропонованих технологій з доведеною ефективністю.

До міжнародних організацій в сфері охорони здоров'я у вузькому сенсі відносяться міжнародні міжурядові організації, що займаються питаннями охорони здоров'я та медицини, а також спеціалізуються в питаннях охорони здоров'я органи міжнародних організацій широкої компетенції. У широкому сенсі - міжнародні організації, які займаються питаннями захисту права на здоров'я в рамках більш широкої проблематики, і спеціалізовані міжнародні неурядові організації.

Отже, міжнародна організація у сфері охорони здоров'я – це міжнародна міжурядова або неурядова організація або органи міжнародної організації, які мають повну або часткову компетенцію з питань охорони здоров'я, медицини, лікарських засобів, професійного здоров'я.



### **2.3. Роль міжнародних неурядових організацій у забезпеченні міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я**

Міжнародна неурядова організація – це організація, що діє на міжнародному рівні незалежно від будь-якого уряду, створена фізичними та/або юридичними особами різних держав для досягнення певних цілей, не пов'язаних з отриманням комерційного прибутку [65, с.81].

Відповідно до резолюції ЕКОСОП 288 (X) від 27 лютого 1950 року «будь-яка міжнародна організація, що не була створена відповідно до міжнародної угоди, має розглядатися як неурядова організація» [95]. Це положення було закріплено з метою уточнення правил, що стосуються консультативного статусу неурядових громадських організацій. Конвенція ООН з Морського права від 10 грудня 1982 року закріпила таке визначення міжурядових організацій: «міжнародна організація означає міжурядову організацію утворену державами» (стаття 1, додатку IX) [79].

Водночас, окрім міждержавних урядових організацій, питання формування національних систем охорони здоров'я досліджують міжнародні неурядові організації. Значне місце в міжнародній спільноті лікарів займає Міжнародна медична асоціація, тому її позиція щодо вимог та функціонування системи охорони здоров'я обов'язково враховуються в багатьох країнах світу.

Хоча Міжнародна медична асоціація не підтримує окрему модель системи охорони здоров'я, однак вважає необхідним закладення в основу будь-якої моделі права людини на доступну та своєчасну медичну допомогу. Доступ до високоякісного медичного обслуговування для осіб та населення в значній мірі залежить від структури і міцності системи охорони здоров'я.

Відповідно до позиції Міжнародної медичної асоціації, обов'язком держави є забезпечити законодавче регулювання, а за необхідності також структуру та організацію, що забезпечать здоров'я та медичне обслуговування для всіх без дискримінації. Це може бути зроблено по-різному, але держави повинні шанувати цінності й культуру конкретного суспільства [65, с. 204].

Серед документів Міжнародної медичної асоціації, що визначають

вимоги та принципи щодо формування та функціонування систем охорони здоров'я варто зазначити Декларацію щодо доступу до медичної допомоги (1988 року, переглянута 2006 року) [105], Резолюцію щодо покращення інвестування в громадське здоров'я (1998 року, переглянута в 2009 року) [104], Резолюцію Ради ММА щодо стандартизації в медичній практиці та безпеки пацієнтів (2013 року) [103].

Європейський комітет з питань охорони здоров'я засновує свою стратегію на комплексному підході до проблем громадської охорони здоров'я, з одного боку, і до індивідуальних цінностей (юридичних, етичних, соціальних, прав людини), з іншого. Діяльність Комітету спрямована на демократизацію і гуманізацію послуг в сфері охорони здоров'я: він пропонує таку політику, яка забезпечує рівний доступ до високоякісних медичних послуг та лікарських препаратів, а також повномасштабну і відповідальну участь пацієнтів і громадян.

Рада Європи працює як над питаннями загальної політики охорони здоров'я, так і над спеціалізованими темами, наприклад, переливання крові або трансплантація органів, права людини в сфері біомедицини та права пацієнтів, паліативна допомога, уніфікація європейської фармакопеї.

Політика РС носить міждисциплінарний характер, а її діяльність у сфері охорони здоров'я здійснюється поряд з рядом інших напрямків діяльності, зокрема, з такими як питання біоетики й боротьби з наркоманією, робота у науковій і соціальній сферах.

Діяльність Ради Європи ґрунтується на двох базових принципах: прав людини і демократії та науково-технічних і економічних факторів, які впливають на стан медицини. Стосовно проблеми боротьби з наркоманією, міждисциплінарною за характером діяльності є «Група Помпиду» - багатогалузевий орган співробітництва на рівні міністрів, завданням якого є боротьба зі зловживанням та торгівлею наркотиками. Сьогодні до Групи входять 34 держави-члена. Вона тісно співробітничает з країнами Південної і

Східної Європи в питаннях боротьби з наркоманією через проведення семінарів, обміни та навчальні програми з підготовки спеціалістів із догляду за хворими на наркоманію. Міністри з питань охорони здоров'я - члени «Групи Помпиду» - зустрічаються раз на три роки, щоб підвести підсумки діяльності та визначити нові завдання. Серед сучасних пріоритетів - запобігання зловживанню наркотиками, реінтеграція до суспільства осіб, залежних від наркотиків, функціонування системи кримінального судочинства, сприяння в підготовці фахівців, етична сторона проблеми [67].

Значний вклад у співробітництво в галузі охорони здоров'я становить Європейська фармакопея, заснована згідно з Конвенцією про розробку Європейської фармакопеї, прийнятою Радою Європи у 1964 року. Країни-учасниці вирішили уніфікувати свої національні фармакопеї - переліки з точним зазначенням складу речовин, які застосовуються для виготовлення лікарських препаратів. Уніфікація стандартів не лише підвищує безпеку ліків, а й полегшує їхній збут за кордоном. Створення Європейської фармакопеї стало першим кроком на шляху до створення «фармацевтичної Європи», і враховуючи той факт, що 70 % речовин, що мають загальне використання в медицині, описані в Європейській фармакопеї. В результаті уніфікації національних стандартів на сьогодні існує вже більше 1850 обов'язкових європейських стандартів для нових лікарських засобів [67].

Конвенцію про розробку Європейської фармакопеї 1964 року ратифікували 37 держав-членів Ради Європи та Європейського Союзу, Україна не підписала дану Конвенцію. Однак вплив Європейської фармакопеї поширюється далеко за межі європейського регіону, оскільки багато неєвропейських держав теж використовують її стандарти в своїх національних законодавствах. В роботі Комісії Європейської фармакопеї в якості спостерігачів беруть участь Австралія, Канада, Китай, Малайзія, країни Північної Африки, Сенегал та Сирія, які також вносять свій вклад у справу стандартизації медичних препаратів [67].

Значний вклад в сфері охорони здоров'я вносить міжнародна неурядова організація – «Лікарі без кордонів», це незалежна міжнародна неурядова медична організація. Організацію по всьому світу надається медична та гуманітарна допомога жертвам катастроф, викликаних стихійним лихом чи діяльністю людини, а також жертвам збройних конфліктів незалежно від їх расової та релігійної приналежності й політичних переконань. Зараз у світі працюють більше 24 тисяч лікарів, більшість з них є лікарями або обслуговуючим медичним персоналом. Лікарі без кордонів фінансуються за рахунок благодійних внесків, які може внести будь-яка особа.

У Хартії Організації виділено 4 ключові принципи:

- надання допомоги потерпілим внаслідок природних і техногенних катастроф, так само як і жертвам збройних конфліктів, без дискримінації та незалежно від їхньої расової приналежності, віросповідання та політичних переконань;
- дотримання нейтралітету в ім'я загальноновизнаної лікарської етики і загальноновизнаного права на гуманітарну допомогу. На цій підставі Організація вимагає від національних урядів і державних органів повної свободи при здійсненні своєї діяльності.
- всі добровільні і штатні співробітники Організації повинні розуміти про ризик, пов'язаний з їхньою професійною діяльністю.
- профілактика поширення СНІДУ у бідних африканських країнах, боротьба з туберкульозом та іншими складними хворобами - також є серед пріоритетів Організації.

Так Лікарями без кордонів розпочато глобальний протест проти політики Європейського союзу в області захисту авторських прав великих фармацевтичних компаній. Вони оголосили незгоду з діяльністю європейській фармацевтичної індустрії, яка унеможливорює виробництво в Індії ряду дешевих дженерикових препаратів, у тому числі ліків для лікування ВІЛ-інфекції та ускладнюють їх реєстрацію та відправку.

Зокрема в Україні Лікарі без кордонів працюють у таких напрямках як розповсюдження друкованих матеріалів про ВІЛ/СНІД, лікування вагітних жінок, які мають вірус ВІЛ, боротьба з захворюванням на туберкульоз.

Міжнародна рада медичних сестер — це міжнародна неурядова організація, яка об'єднує 132 національні асоціації медсестер, до яких входять понад 13 мільйонів медичних сестер по всьому світу. Заснована в 1899 році, є першою масштабною міжнародною організацією для працівників охорони здоров'я, фахівців в області сестринської справи. Міжнародна рада працює на забезпечення якості сестринського догляду для всіх, розумної політики охорони здоров'я в усьому світі, поліпшення сестринських знань. Крім цього, рада працює над тим, щоб у всьому світі були компетентні сестринські кадри і була повага до професії «Медична сестра» [106].

Таким чином, треба узагальнити, що основне завдання як міжнародних урядових, так і неурядових організацій полягає у підтримці зусиль уряду держави та недержавних організацій, спрямованих на розвиток, впровадження і координацію національної політики, планів у охорони здоров'я та життя людей шляхом методичної та технічної підтримки.

Отже, значну роль в забезпеченні права на здоров'я відіграють міжнародні неурядові організації такі як: Всесвітня медична асоціація; Лікарі без кордонів; Міжнародний союз проти раку; Міжнародний союз по боротьбі з туберкульозом і хворобами легень; Міжнародна фармацевтична федерація; Міжнародна федерація фармацевтичних виробників і асоціацій; Міжнародна рада медичних сестер; Європейське суспільство онкологічних медсестер; Європейський альянс по громадській охороні здоров'я.

## РОЗДІЛ 3

### УЧАСТЬ УКРАЇНИ У МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОМУ СПІВРОБІТНИЦТВІ ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 3.1. Основні форми та напрями міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я

Законодавство Європейського союзу у сфері охорони навколишнього середовища є взірцем для формування національного законодавства у сфері охорони здоров'я. Формами співпраці окремих держав та ЄС є адаптація національного законодавства із системою права ЄС, фінансова підтримка, створення органів, які контролюють виконання взятих на себе зобов'язань. Але нині пріоритетним завданням для багатьох країн, в тому числі і України є створення якісної нормативно-правової бази, тому основною формою співпраці держав та ЄС є адаптація національного законодавства до європейського.

У доктрині міжнародного права адаптація законодавства України до законодавства ЄС визначається як зближення національного законодавства із сучасною європейською системою права, що забезпечує розвиток політичної, підприємницької, соціальної, культурної активності громадян України, економічний розвиток держави в межах ЄС, сприяє поступовому зростанню рівня життя населення.

Процес адаптації складається з таких етапів: визначення акта *acquis communautaire* (правова система Європейського Союзу, яка включає всі його законодавчі акти); переклад такого акта; здійснення порівняльного аналізу з національним законодавством; розроблення рекомендацій щодо приведення актів національного законодавства у відповідність до актів ЄС; визначення наслідків реалізації впровадження певного акта; внесення змін до чинного законодавства або підготовка нового нормативно-правового акта; контроль виконання прийнятого акта [3, с. 2].

Таким чином, можна стверджувати, що співпраця України та

Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я є досить плідною та ефективною. Активна адаптація до законодавства у сфері охорони здоров'я ЄС зумовила прийняття численної кількості національних нормативно-правових актів, які характеризуються ефективністю та високим рівнем правової техніки.

Простежуються тенденції збільшення і посилення кількості державних медичних програм та інших механізмів допомоги для подальшого покращення правового стану нашої держави. Такий процес є складним не тільки у значенні правильного тлумачення та імплементації норм європейського права, а й у виділенні коштів для реалізації відповідних завдань. Проте нині посилюється надання експертної, технічної допомоги та бюджетної підтримки Україні від Європейського Союзу.

Перспективним для України є розроблення єдиного кодифікованого акта, який би регулював відносини щодо охорони здоров'я, внесення змін до нормативно-правових актів, де б закріплювалася чітка дефініція медичного злочину.

Членство України у міжнародних організаціях зобов'язує її активно впроваджувати міжнародні стратегії, в тому числі ті, які стосуються діяльності сфери охорони здоров'я населення. Одна з останніх міжнародних стратегій Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я-2020» також повинна відповідним чином бути реалізована у вітчизняній системі охорони здоров'я

Міжнародною стратегією ВООЗ «Здоров'я-2020» передбачено застосування в управлінні системою охорони здоров'я такого ефективного інструменту, як стандартизація. Для забезпечення розвитку стандартизації в сфері охорони здоров'я необхідно створити відповідну нормативно-правову базу з дотриманням міжнародних принципів, що варто розглядати як пріоритетне завдання державного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Стратегія Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я 2020» прийнята на 62 сесії Євро-

пейського регіонального комітету ВООЗ 10-12 вересня 2012 року. У ній визначено завдання для країн-членів ВООЗ щодо стандартизації у сфері охорони здоров'я: «Підвищувати якість послуг за допомогою акредитації та дотримання відповідних національних стандартів для навчальних закладів та медичних працівників як у державному, так і в приватному секторі».

Найважливіша роль в цьому відношенні у стратегії відводиться міністрам і міністерствам охорони здоров'я. «Їх надійне керівництво, - зазначається у стратегії, - є ключем до успіху всіх дій, необхідних для задоволення інтересів щодо здоров'я населення, таких як ... якісне і ефективне виконання основних функцій громадської охорони здоров'я, надання медико-санітарних послуг встановлення та моніторинг за стандартами для отримання показників діяльності в межах прозорості підзвітності» [28, с. 102].

Європейське регіональне бюро ВООЗ сприяє країнам у проведенні оцінки та забезпеченні технічного вдосконалення і надає їм інформацію з питань охорони здоров'я: здійснюючи співробітництво з міжнародними партнерами, для забезпечення стандартизації, підвищення рівня міжнародної порівнянності та якості даних з питань охорони здоров'я.

До основних напрямів міжнародно-правового співробітництва в галузі охорони здоров'я відносяться:

- Боротьба з інфекційними та неінфекційними захворюваннями та їх профілактика;
- Ліквідація наслідків екологічних катастроф, які негативно позначаються на здоров'ї людини;
- Забезпечення стабільного функціонування систем охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій і дотримання прав людини на надання необхідної медичної та гуманітарної допомоги;
- Боротьба з тютюнопалінням;
- Скорочення дитячої смертності; охорона материнства;
- Стандартизація і контроль якості лікарських засобів;



□ Координація глобальних наукових досліджень і розробок в сфері охорони здоров'я.

Нормотворча функція ВООЗ закріплена в статті 2 Статуту ВООЗ. Стаття 19 цього Статуту встановлює, що Асамблея має право приймати конвенції та угоди з будь-якого питання, що входить в компетенцію ВООЗ.

Асамблея має право встановлювати правила, що стосуються:

- Санітарних і карантинних вимог та інших заходів, спрямованих проти міжнародного поширення хвороб;
- Номенклатури хвороб, причин смерті і практики суспільної охорони здоров'я;
- Стандартів діагностичних методів дослідження для їх міжнародного використання;
- Стандартів щодо нешкідливості, чистоти і сили дії біологічних, фармацевтичних і подібних продуктів, що обертаються в міжнародній торгівлі, реклами і ярликів біологічних, фармацевтичних і подібних продуктів, що мають обіг в міжнародній торгівлі.

Особливістю нормотворчої діяльності ВООЗ є прийняття в основному регламентів і рекомендацій, посібників, що не володіють юридичною обов'язковою силою, але мають величезне значення для активного розвитку сфери охорони здоров'я. Перший Регламент був прийнятий Асамблеєю в 1948 р і містив номенклатури захворювань і причин смертності.

Серед рекомендацій ВООЗ слід виділити наступні:

- Спільні рекомендації ВООЗ, Міжнародно організації праці для служб охорони здоров'я з проблеми ВІЛ / СНІДу 2005 року;
- Рекомендації щодо застосування противірусних препаратів 2009 року;
- Рекомендації щодо забезпечення інвалідними кріслами-колясками з ручним керуванням в умовах обмежених ресурсів 2010 року;
- Глобальні рекомендації з фізичної активності для здоров'я 2010 року;
- Рекомендації щодо забезпечення якості, безпеки та ефективності вакцини

проти дифтерії 2012 року та інші.

Серед посібників:

- Керівництво з питань ВІЛ-тестування та консультування з ініціативи медичних працівників в лікувально-профілактичних установах 2007 року;
- Практичний посібник з використання контрольного переліку ВООЗ по хірургічній безпеці 2009 р .;
- Посібник з невідкладної допомоги при травмах 2010 року;
- Керівництво по наданню першої психологічної допомоги 2011 року;
- Керівництво по використанню антиретровірусних препаратів ВІЛ-негативними людьми, що піддаються високому ризику, з метою запобігання їх інфікування 2012 року та інше.

Отже міжнародно-правове співробітництво держав в сфері охорони здоров'я охоплює наступні основні напрямки:

- вивчення, узагальнення та впровадження світового досвіду з організації охорони здоров'я, покращення умов надання медичної допомоги;
- участь у міжнародних інституціях з питань охорони здоров'я та у роботі їх органів;
- одержання консультацій зарубіжних експертів та технічної допомоги у питаннях вдосконалення законодавчої та нормативної бази в сфері охорони здоров'я;
- проведення та участь у міжнародних наукових чи науково-практичних конференціях та семінарах;
- підготовка медичних кадрів за кордоном.

### **3.2. Рівні міжнародно-правового співробітництва України в сфері охорони здоров'я**

Завдання з охорони здоров'я мають універсальний характер. Визнання на міжнародному рівні і закріплення у нормах міжнародного права посилює

загальність та обов'язковість закладених у праві на охорону здоров'я людини вимог у межах усієї світової спільноти стосовно до всіх народів і держав світу. З моменту міжнародно-правового визнання права на охорону здоров'я людини як загальносоціальної категорії воно набуває нову, додаткову якість: воно стає міжнародно-правовим. Це означає, що відповідне право як загальносоціальна, «до-юридична» категорія набуває чітко виражене нормативно-правове начало, але не внутрішньодержавного, а міжнародно-правового характеру. Значення норм міжнародного права у сфері охорони здоров'я людини полягає у тому, що, з одного боку, вони зобов'язують держави світового співтовариства забезпечувати особі закріплені у міжнародно-правових актах права людини у сфері охорони здоров'я, а з іншого – надають індивіду право вимагати від держави виконання її міжнародних зобов'язань. Міжнародні угоди і пакти про права людини безпосередньо не надають відповідних прав індивідам. Вони встановлюють лише взаємні зобов'язання держав стосовно надання своїм громадянам певних прав та свобод. Вирішення конкретних питань про права й свободи людини належить до внутрішньої компетенції держави. Таким чином міжнародно-правове визнання права людини на охорону здоров'я безпосередньо впливає на характер взаємовідносин суспільства і особи, на процес забезпечення даного права у кожній конкретній державі.

Співробітництво держав (в тому числі і України) в сфері охорони здоров'я головним чином проявляється як на універсальному, так і на регіональному і двусторонньому рівнях. Регіональний рівень, крім регіональних бюро ВООЗ, найбільш розвинений в Європі, де він безпосередньо пов'язаний з європейською системою захисту прав людини. Однією з європейських організацій, в рамках якої держави співпрацюють в сфері охорони здоров'я, особливо для України є Рада Європи (РЄ).

Наразі перед Україною на державному рівні на порядку денному не стоїть завдання повної імплементації загальноєвропейського правового регулювання питань пов'язаних із сферою охороною здоров'я, а лише питання, які чітко

визначені в Угоді про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Політичну частину Угоди було підписано 21 березня 2014 року, економічну частину — 27 червня 2014 року .

В юридичній науці досі триває дискусія з приводу визначення сфери правового регулювання сфери охорони здоров'я. Розглядаються позиції щодо права охорони здоров'я як комплексного міжгалузевого інституту, як самостійної галуззі права чи комплексної галузі законодавства.

Вважається, що умовно, зміст Угоди про асоціацію та її зв'язок із питаннями громадського здоров'я можна окреслити за такими основними напрямками:

- 1) лібералізація торгівлі та питання громадського здоров'я;
- 2) питання інтелектуальної власності та громадське здоров'я;
- 3) регуляторна адаптація;
- 4) питання співробітництва у сфері громадського здоров'я [66,с.224].

Однак, певною «червоною ниткою», яка простежується у всіх положеннях Угоди про асоціацію є норма-принцип, що закладена у частині 1, статті 427 Угоди - «охорона здоров'я у всіх політиках держави» [3].

Даний принцип закріплює роль, важливість та пріоритет охорони здоров'я у суспільстві і направлений на розвиток співробітництва з іншими секторами економічної та суспільної сфери із визначенням конкретної мети: покращення показників здоров'я населення. Цей принцип закладений також у статті 168 Договору про функціонування Європейського Союзу. Відповідно і Україна підписавши Угоду про асоціацію зобов'язалась дотримуватись основоположних принципів Європейського союзу, імплементувати норми європейського законодавства в вітчизняне законодавство і змінювати систему охорони здоров'я відповідно до актуальних європейських стандартів.

Відмічаємо на визнання в Угоді про асоціацію (статті 219-220) та необхідність забезпечення відповідності Декларації стосовно Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності та охорони здоров'я

прийнятої у рамках Світової організації торгівлі стосовно охорони патентами медичної продукції. Насамперед, слід відмітити Дохійську Декларацію з питань Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності та громадського здоров'я, яка визначає важливість імплементації та інтерпретації Угоди ТРІПС у спосіб, найбільш сприятливий для захисту суспільного здоров'я, шляхом забезпечення доступу до вже існуючих лікарських засобів та створення нових. У Декларації також наголошується, що положення Угоди ТРІПС не суперечать і не повинні суперечити праву членів здійснювати заходи, необхідні для захисту суспільного здоров'я.

Звертаючись до проблематики сфери медичного права у контексті окресленої сфери - це є питання пов'язані із виробленням однакових підходів до об'єктів, що можуть одержати охорону, як винаходи, обсягу виключних прав, а також питання до правового режиму «реєстраційної інформації», що стосується медичної продукції. Зокрема із останнім пов'язаний т.з. ефект «ТРІПС-плюс», що передбачає більш високі стандарти захисту «ексклюзивної інформації» випробувань лікарських засобів. Даний ефект, насамперед характерний для країн ЄС – через доволі жорсткий механізм захисту інтелектуальної власності - насамперед у регуляторній сфері та діяльності митних органів. Хоча у ряді Резолюцій Європарламенту зазначалося про недоліки та необхідність внесення змін до діючої практики застосування [66, с. 226].

У сфері охорони винаходів у галузі біотехнологій (статті 221 Угоди про асоціацію), відзначається, що, зокрема, Україна охороняє винаходи у галузі біотехнологій відповідно до норм національного патентного законодавства. У разі потреби, Україна має адаптувати своє патентне законодавство з урахуванням положень цієї Угоди [3].

Щодо лікарських засобів, то відповідно до Плану дій адаптація законодавства України до права ЄС у сфері реєстрації та обігу лікарських засобів відноситься до сфери співробітництва у галузі охорони здоров'я.

Законодавство України у сфері обігу лікарських засобів в основному приведено у відповідність до законодавства ЄС, в тому числі: з 2010-2011 вимоги стандартів належної виробничої практики (ОМР ЄС) та належної практики дистрибуції (ОБР ЄС) лікарських засобів запроваджені як обов'язкові для вітчизняних виробників та дистриб'юторів; гармонізовано з європейськими процедури інспектування виробництва лікарських засобів та оптової торгівлі; у 2013 прийнято рішення про приєднання до Європейської Фармакопеї; у 2013 введені вимоги ліцензування імпорту; з 2013 розпочато впровадження системи відстеження ліків в обігу, тощо.

Ініційовано переговорний процес щодо підписання угоди між Україною та ЄС про оцінку відповідності та прийнятності промислових товарів у фармацевтичному секторі охорони здоров'я. Насамперед, ведучі мову про взаємне визнання реєстрації лікарських засобів, на підставі Угоди про оцінку відповідності та прийнятність промислової продукції цілком підтримуємо позицію України з цього питання.

Наразі ж стоїть проблема в узгодженні галузевого законодавства та стандартів ЄС та України У контексті громадського здоров'я не можливо не зазначити на проблемні питання пов'язані з медичними виробами.

Щодо медичних виробів, то з 01.07.2014 року мали вводитись в обов'язкове застосування технічні регламенти в сфері медичних виробів (постанови Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 №№ 753, 754, 755), які розроблені на основі директив Європейського Союзу (№№ 93/42/ЄЕС, 98/79/ЄС, 90/385/ЄЕС). Впровадження вищезазначених технічних регламентів є основним елементом дерегуляції обігу медичних виробів шляхом переходу від процедури державної реєстрації медичних виробів до процедур оцінки відповідності, які застосовуються в європейських країнах. Проблемною є відсутність в національному законодавстві введених в дію директивних стандартів [66, с. 227].

Окремо слід відмітити вступ Українських регуляторних органів до таких

міжнародних інституцій, як Система співробітництва фармацевтичних інспекцій (PIC/S), та запровадження вимог міжнародних стандартів OMP як визнання відповідності вітчизняної регуляторної системи світовим стандартам. Однак, у контексті Угоди про асоціацію та вимоги до фармацевтичної продукції мова йде перш за все про відповідність до Eudralex певному зводу законів, що регулює обіг фармацевтичної продукції в ЄС.

В Угоді визначено окрему Главу 22 «Громадське здоров'я». Дана, за обсягом чи не одна із найменших глав визначає що метою співробітництва в галузі охорони здоров'я є підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання [3].

Зупинимось на ключових аспектах співробітництва в сфері громадського здоров'я. Це: 1) Зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу. Питання реформування системи охорони здоров'я є і залишається однією із найбільш важливих соціальних проблем.

2) Попередження та контроль над інфекційними хворобами, що передбачає приєднання України до загальноєвропейської мережі епідеміологічного нагляду та контролю за поширенням інфекційних захворювань в Співтоваристві.

3) Якість та безпечність субстанцій людського походження, зокрема крові, тканин та клітин.

4) Соціальні фактори, що впливають на громадське здоров'я: тютюнопаління, алкоголізм тощо

Реформування національної системи охорони здоров'я – це є виключно внутрішньодержавна справа. Безумовно, на таке реформування має вплив Угода про асоціацію. Імплементация вищенаведених положень, пропонувані зміни національного законодавства у сфері охорони здоров'я дозволять налагодити ефективний обмін інформацією та найкращими практиками з

країнами-членами ЄС. Така співпраця також значно підвищить ефективність протидії ряду небезпечних інфекційних та неінфекційних хвороб, що становлять загрозу здоров'ю населення в Україні. Однак і не менший вплив мають й інші міжнародні джерела – право СОТ, багатосторонні та двосторонні угоди, акти м'якого права міжнародних організацій, судова практика та рішення Європейського суду з прав людини тощо.

Міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я на універсальному рівні опосередковується центральними органами ВООЗ, а на регіональних рівнях її регіональними організаціями, діяльність яких спрямована на реалізацію мети ВООЗ – «досягнення всіма народами найвищого можливого рівня здоров'я». Виділено основні напрями та форми діяльності ВООЗ, визначаються особливості її взаємодії з іншими міжнародними організаціями. Доведено необхідність активізації нормотворчої функції ВООЗ. Акцентується увага на проблемних питаннях нормотворчості ВООЗ, також розкриваються особливості правової природи ММСП (2005) та РКБТ ВООЗ [62, с. 8].

У процесі децентралізації ВООЗ регіональним бюро було передано низку повноважень, які раніше були притаманні тільки центральному апарату. Регіональні бюро отримали можливість самостійно розробляти регіональну політику у сфері охорони здоров'я, визначати пріоритетність завдань та програм тощо. У структуру ВООЗ входять шість регіональних організацій, але на момент створення ВООЗ діяла тільки одна міжурядова організація регіонального значення – Панамериканське санітарне бюро.

У функціональному відношенні діяльність ВООЗ охоплює дві основні сфери: постійне технічне обслуговування (міжнародні карантинні заходи, біологічна стандартизація, координація медичних досліджень та низка інших питань, які мають глобальне значення) і надання консультативної допомоги урядам.

Перша сфера здійснюється на універсальному рівні, а друга - на



регіональному. Такий розподіл пов'язаний із найбільш вдалою пристосованістю

регіональних бюро до місцевих потреб регіону. Їхній правовий статус можна охарактеризувати як статус організацій, яким надається право вирішувати питання «виключно регіонального характеру». Аналіз структури ВООЗ показує, як централізована організація після створення регіональних інституцій набула децентралізованого характеру [62, с. 8].

Рада Європи стала першою міжнародною регіональною організацією, цілі якої були гармонізація та розвиток європейського правового простору після Другої світової війни. Саме з моменту створення Ради Європи 1949 року її називають платформою для загальноєвропейської співпраці. Ради Європи, як міждержавна організація відіграє важливу роль в гармонізації національного права європейських держав, оскільки переважна більшість її пропозицій і рекомендацій знаходить своє відображення в національному законодавстві держав-членів [47, с. 613].

Як відзначають Флоренц Бенуа-Ромср і Генріх Клебес, мета Ради Європи - тісне поєднання інтересів його членів щодо економічного благополуччя [60, с. 16].

Згідно з інформаційним бюлетенем Департаменту з питань охорони здоров'я та біоетики і Відділу охорони здоров'я, право на захист здоров'я знаходиться в центрі діяльності, здійснюваної Радою Європи в соціальній сфері [68].

Одним із завдань Ради Європи є розвиток спільної і скоординованої європейської політики в сфері охорони здоров'я. Це завдання досягається завдяки поєднанню діяльності в наступних напрямках:

- захист прав людини, соціальне єднання і охорона здоров'я;
- гармонізація державами-членами Ради Європи своєї політичної діяльності з питань безпеки та якості охорони здоров'я;

- розвиток профілактичної медицини і освіти в галузі охорони здоров'я;
- утвердження прав пацієнта, забезпечення доступу до закладів охорони здоров'я та захисту для вразливих груп населення [72].

Ради Європи приділяє значну увагу питанням охорони здоров'я з перших років своєї діяльності. Для розвитку співпраці та обміну досвідом між державами-членами в 1954 р був заснований Європейський комітет з питань охорони здоров'я (CDSPP). До складу Європейського комітету з питань охорони здоров'я входять представники міністерств охорони здоров'я і зацікавлені сторони. Комітет підтримує тісні зв'язки з Європейською Комісією та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) (європейське регіональне бюро). У його повноваження входить створення умов для забезпечення належного рівня та поліпшення здоров'я громадян європейських держав [68].

В основі стратегії Європейського комітету з питань охорони здоров'я – лежить комплексний підхід до проблем суспільної охорони здоров'я, з одного боку, і до індивідуальних цінностей (юридичним, етичним, соціальним і прав людини), з іншого. Діяльність Комітету спрямована на демократизацію і гуманізацію послуг в сфері охорони здоров'я: національна політика в сфері охорони здоров'я повинна забезпечувати рівний доступ до високоякісних медичних послуг і лікарських препаратів, а також повномасштабне і відповідальне участь пацієнтів і громадян в системі охорони здоров'я [47, с. 615].

На основі роботи комітетів експертів Європейський комітет з питань охорони здоров'я готує рекомендації для керівного органу Ради Європи - Комітету міністрів. Згодом був створений цілий ряд комітетів експертів, в рамках яких розроблялися проекти директивних документів для затвердження у Європейському комітеті з питань охорони здоров'я і кінцевого прийняття комітетом Міністрів у формі рекомендацій.

Рекомендації приймаються Комітетом Міністрів Ради Європи і звернені

до урядів держав-членів Ради Європи. Наприклад, так були прийняті наступні рекомендації:

- Рекомендація CM/Rec (2010) 11 про вплив генетики на організацію служб охорони здоров'я і підготовку медичних працівників;
- Рекомендація CM/Rec (2010) 6 про ефективне управління в системі охорони здоров'я;
- Рекомендація CM/Rec (2009) 3 про моніторинг та захист прав людини і гідності осіб з психічними розладами;
- Рекомендація CM/Rec (2008) 1 про облік тендерних відмінностей в політиці в сфері охорони здоров'я;
- Рекомендація CM/Rec (2006) 18 про послуги в сфері охорони здоров'я в полікуліурном суспільстві;
- Рекомендація CM/Rec (2006) 17 про лікарнях на перехідному етапі: новий баланс між лікуванням в лікувальних закладах і вдома;
- Рекомендація CM/Rec (2006) 11 про транскордонне мобільності медичних працівників та наслідки лого для функціонування системи охорони здоров'я;
- Рекомендація CM/Rec (2006) 7 про регулювання безпеки пацієнтів і попередження негативних наслідків у сфері охорони здоров'я [47, с. 616].

З 1981 р регулярно проводяться конференції міністрів охорони здоров'я з метою формування політики, що відповідає новим викликам і загрозам у сфері охорони здоров'я. На конференціях опрацьовуються ідеї, які потім реалізуються в Європейському комітеті охорони здоров'я, а їх підсумкові документи визначають пріоритети на майбутнє.

В рамках конференцій розглядаються такі важливі теми, як пропаганда здорового способу життя, рівноправність пацієнтів в умовах реформи охорони здоров'я, вплив старіння населення на діяльність системи охорони здоров'я. Наприклад, на Сьомій конференції, що відбулася в 2003 р в Осло (Норвегія), обговорювалася тема «Здоров'я, гідність і права людини - роль і

відповідальність міністрів, відповідальних за питання охорони здоров'я» [72].

Одна з форм співпраці держав-членів Ради Європи це прийняття конвенцій, кожна з яких є міжнародним договором відповідно до Віденської конвенції про право міжнародних договорів 1969 року з метою гармонізації національного права держав і розвитку міжнародних стандартів Комітету міністрів Ради Європи також приймає рекомендації, які в ряді випадків більш ефективні, ніж конвенції [60, с. 10-11].

Часткову угоду в сфері соціального та громадського охорони здоров'я було укладено в 1956 року в якості основи для розвитку співробітництва між його учасниками що охоплює питання реабілітації та соціальної адаптації інвалідів, а також захисту здоров'я споживачів (з питань продуктів харчування, фармацевтичної продукції і лікарських препаратів, косметики). Ряд програм в сфері охорони здоров'я реалізується в рамках часткової угоди, до якого приєдналося 18 держав. В рамках цієї часткової угоди були укладені дві європейські угоди: Конвенція щодо розробки європейської фармакопеї та Європейська угода про обмеження використання деяких детергентів в прально-мийних засобах [60, с. 10-11].

Верховна Рада України ще 16 жовтня 2012 року ухвалила закон «Про приєднання до Конвенції про розробку Європейської фармакопеї із поправками, внесеними відповідно до положень Протоколу до неї». За це проголосували 265 народних депутатів. Відповідний законопроект було зареєстровано за реєстраційним № 0277, його ініціатором виступив Президент України.

Нагадаємо, що під час засідання Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я зазначалося, що приєднання до Конвенції про розробку Європейської Фармакопеї дозволяю Україні, яка з 1998 року має статус спостерігача в Європейській фармакопейній комісії, стати повноправним членом цього органу з правом голосу.

На думку членів тодішнього Комітету, після приєднання нашої держави

до вказаного міжнародного договору відповідний державний регуляторний орган отримує можливість брати участь у розробці європейських стандартів якості лікарських засобів та впливати на європейську політику у цій сфері.

Конвенція про розробку Європейської Фармакопеї з поправками, внесеними відповідно до положень протоколу до неї, розроблена Радою Європи з метою затвердження єдиних фармакопейних стандартів якості лікарських засобів, узгодження специфікацій лікарських речовин, які в їхньому первинному стані чи у вигляді фармацевтичних препаратів становлять загальний інтерес і є важливими для країн Європи, розробки специфікацій лікарських речовин, що виводяться на ринок, поступового запровадження спільної фармакопеї для заінтересованих європейських країн.

Право на охорону здоров'я гарантується Європейською соціальною хартією Ради Європи (переглянутої) 1996 року [2] яка спрямована на розвиток співпраці держав регіону в спільній сфері та створення умов для охорони і поліпшення здоров'я європейців.

Європейською соціальною хартією 1996 року гарантується право на умови праці, що відповідають вимогам безпеки і гігієни (частина 1 пункт 3): право користуватися будь-якими засобами, що дозволяють людині підтримувати своє здоров'я в найкращому можливому стані (частина 1 пункт 11) [2].

Механізм контролю над виконанням державами зобов'язання, прийнятих відповідно до Європейської соціальної хартії 1996 р. заснованої на системі регулярного подання сторонами доповідей про реалізацію положень Хартії. Спочатку доповіді аналізує обраний Комітетом міністрів Комітет незалежних експертів, якому допомагає спостерігач від Міжнародної організації праці.

Комітет незалежних експертів дає правову оцінку виконанню державами-учасниками своїх зобов'язань, а потім свої висновки в Урядовий комітет, який складається з представників держав-учасників Хартії. Комітету надають

допомогу спостерігачі з європейських організацій працівників і роботодавців. Урядовий комітет вивчає ситуацію в країнах, щодо яких є сумніви щодо виконання ними зобов'язань по Хартії, і на підставі зауважень щодо здійснення соціально-економічної політики готує рекомендації для їх подальшого розгляду Комітетом міністрів. Комітет міністрів приймає рекомендації і направляє їх державам [47, с. 617-618].

Рада Європи займається як питаннями загальної політики охорони здоров'я, так і вузькоспеціалізованими проблемами, наприклад, переливання крові або трансплантація органів, права людини в біомедицині та прав пацієнтів, паліативна допомога, уніфікація європейської фармакопеї.

У своїй діяльності в сфері гармонізації практики переливання крові Рада Європи керується принципами добровільності і безоплатності здачі крові, безпеки при її переливанні та поліпшення гемотерапії. З початку 1990-х року Рада Європи займається питаннями трансплантації органів. Зокрема, були розроблені етичні принципи трансплантації органів, опубліковано кілька видань Керівництва з безпеки і якості органів, тканин і клітин. Були також видані рекомендації з етичних і соціальних наслідків ксенотрансплантації - використання живих органів і тканин тваринного походження для пересадки людям [47, с. 618].

Комітет міністрів в Рекомендації 7 (2004) державам-членам визначає організаційні і правові заходи, спрямовані на мінімізацію ризику торгівлі органами. В Рекомендації також висвітлюється проблема ризиків в системі охорони здоров'я, пов'язана з торгівлею органами і пропонуються заходи, спрямовані на підтримку довіри до системи пересадки органів. В 1983 року Рада Європи розробила правила щодо посилення безпеки переливання крові та попередження будь-якої дискримінації хворих на СНІД.

27 жовтня 2006 Комітет міністрів прийняв рішення передати роботу по сприянню і розробці етичних стандартів в області переливання крові та пересадки органів, тканин і клітин Європейського директорат) за якістю ліків н

охорони здоров'я (EDQM) [68]. Мета при цьому залишилася та ж: забезпечення доступу до безпечних і високоякісних медичних послуг і рівне використання дефіцитних ресурсів (в тому числі доступ і справедливий розподіл крові для переливання і органів) відповідно до етичних принципів Ради Європи.

Комітет міністрів Ради Європи ухвалив Рекомендацію № (2003) 24, яка зачіпає етичну проблему лікування невиліковно хворих осіб в останній стадії захворювання. Комітет міністрів закликає до створення паліативних служб як складової системи охорони здоров'я і невід'ємною складовою прав громадян. Комітет міністрів Ради Європи ухвалив Рекомендацію № (2004) 17 «Про вплив інформаційних технологій на охорону здоров'я - пацієнт та Інтернет» підкреслюється роль Інтернету як нового джерела інформації для пацієнтів і в зв'язку з цим урядам рекомендується вжити відповідних заходів [47, с. 619].

Рада Європи більше 20 років працює над тим, щоб зберегти рівновагу між прогресом в галузі біомедицини та повагою до людської гідності і людської особистості. Організація координує співпрацю європейських держав в обговоренні і прийнятті відповідних договорів про прогрес медицини і наслідки такого прогресу, зокрема, про донорство органів і трансплантації, а також інформуванні пацієнтів і отриманні їх згоди на операції.

В 1997 році була завершена розробка тексту Конвенції про захист прав і гідності людини у зв'язку з застосуванням досягнень біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину. Конвенція стала першим, юридично зобов'язуючим, міжнародним документом в даній сфері. Станом на березень 2012 р Конвенцію про біомедицину підписали 35 держав; з них 29 держав ратифікували. Україна підписала Конвенцію про біомедицину, але не ратифікувала її Convention.

Стаття 31 Конвенції 1997 року передбачає можливість укладення додаткових протоколів, спрямованих на застосування і розвиток викладених в Конвенції принципів в конкретних областях. В даний час вже розроблені три

додаткових протоколи:

- Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину, який стосується заборона клонування людських істот (Париж, 12 січня 1998 г.);
- Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини (Страсбург, 24 січня 2002 г.);
- Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину в галузі біомедичних досліджень (Страсбург, 25 січня 2005 І.).

Одним із спеціалізованих органів Ради Європи є Керівний комітет з біоетики, який знаходиться у віданні Генерального директорату з правових питань. Комітет розробляє документи, які затверджуються Парламентською асамблеєю і Комітетом міністрів Ради Європи.

Завданнями Керівного комітету з біоетики є:

- вивчення етичних, правових проблем, що стосуються прав людини в зв'язку з розвитком біомедицини;
- гармонізація політики держав-членів і розробка відповідних правових актів з етичних і правових питань, пов'язаних із зазначеною сферою, включаючи захист людських ембріонів і генетику, а також додаткових протоколів до Конвенції 1997 року;
- здійснення діяльності з метою спрощення впровадження принципів Конвенції 1997 року та додаткових протоколів до неї; співпраця з іншими міжнародними організаціями та ЄС [47, с. 620].

Діяльність Ради Європи носить міжгалузевий характер, тому співпраця держав в сфері охорони здоров'я здійснюється тісно пов'язані з їх взаємодією з питань біоетики та боротьби з наркоманією та інші Рада Європи спирається на два базових принципи: прав людини і демократія, тому діяльність цієї міжурядової організації здійснюється з урахуванням науково-технічних і економічних факторів, що впливають на стан і розвиток медицини.

Боротьба з наркоманією проводиться в рамках Партнерської групи по боротьбі зі зловживанням наркотичними препаратами та обігом наркотиків



(Група Помпиду) - багатогалузевим органом співпраці на рівні міністрів, завданням якого є боротьба зі зловживанням і торгівлею наркотиками. В даний час до Групи входять 36 держав. Група Помпиду тісно співпрацює з країнами Південної і Східної Європи в формі проведення семінарів, наукових обмінів, навчальні програми підготовки фахівців з догляду: за хворими наркоманією.

Міністри з питань охорони здоров'я - члени Групи Помпиду - збираються раз на три роки, для підведення підсумків діяльності та визначення нових завдань. Серед пріоритетів діяльності Групи Помпиду є запобігання зловживанню наркотиками, реінтеграція в суспільство осіб, залежних від наркотиків, функціонування системи кримінального судочинства, сприяння в підготовці фахівців, етична сторона проблеми [67].

Україна також активно співпрацює Групою Помпиду. У лютому 2012 р. в Києві відбулася чергова консультативна зустріч голови Державної служби України з контролю над наркотиками з представником Групи Помпиду. На зустрічі обговорювалася можливість участі України в діяльності цього органу. Сторони обмінялися думками з питань, що мають взаємні інтереси, наприклад, розробка проекту Національної стратегії контролю над наркотиками на період до 2020 року [75]

Значний внесок у співпрацю в галузі охорони здоров'я вносить Європейська фармакопея, чия діяльність спирається на положення Конвенції про розробку Європейської фармакопеї, прийнятої Радою Європи в 1964 р. Метою Конвенції є уніфікація учасниками конвенції національних фармакопеї - списків з точним зазначенням складу речовин, що застосовуються для виготовлення лікарських препаратів. Уніфікація стандартів не тільки підвищує безпеку ліків, а й полегшує їх збут за кордоном.

Створення Європейської фармакопеї стало першим кроком на шляху до створення «фармацевтичної Європи», з огляду на той факт, що 70% речовин, що мають застосування в медицині, вже описані в Європейській фармакопеї. В результаті уніфікації національних стандартів в даний час існує більше 1850

обов'язкових європейських стандартів для нових лікарських засобів [72].

Конвенцію про розробку Європейської фармакопеї 1964 р. ратифікували 38 держав - членів Ради Європи і Європейського Союзу [82]. Україна Конвенцію підписала 18.03.2013р. Однак вплив Європейської фармакопеї поширюється далеко за межі європейського регіону, оскільки багато неєвропейські держави також використовують її стандарти в своїх національних законодавствах. В роботі Комісії Європейської фармакопеї в якості спостерігачів приймають участь Австралія, Канада, Китай, Малайзія, країни Північної Африки, Сенегал і Сирія, які також вносять свій внесок у справу стандартизації медичних препаратів [67].

Таким чином, формуючи політику в галузі охорони здоров'я, Рада Європи проводить консультації з експертами і фахівцями з усіх держав-членів (в том числі і з України) і співпрацює з іншими міжнародними організаціями, в тому числі з ВООЗ і ЄС. Наприклад, в 1991-1992 року Рада Європи, Європейська комісія та регіональне бюро ВООЗ в Європі об'єднали свої зусилля і створили мережу шкіл, в яких пропагується здоровий спосіб життя. Якщо на початку пілотний проект здійснювався в чотирьох країнах Центральної та Східної Європи, то сьогодні мережа об'єднує понад 500 пілотних шкіл і 400 000 учнів в більш ніж 40 державах [72]. Ці школи сприяють формуванню здорового способу життя в учнів шляхом побудови партнерських відносин і заохочення вчителів, учнів, батьків і всіх членів громади працювати спільно для поліпшення ситуації із загальним рівнем здоров'я. Рада Європи також бере участь в Мережі Європейського Союзу щодо забезпечення безпеки пацієнтів (EUNetPaS) і Робочій групі Європейської Комісії щодо забезпечення безпеки пацієнтів (PSWG) [68]. Також наприклад у червні 2001 було укладено тристоронню угоду між Радою Європи, Європейською Комісією та ВООЗ. ВООЗ і Рада Європи співпрацюють через Європейський комітет здоров'я. Однією з останніх ілюстрацій партнерства в сфері охорони здоров'я стало прийняття Пакту стабільності і питань біоетики [60, с. 14], «Група Помпиду»

також тісно співпрацює з ВООЗ [60, с. 14].

Таким чином, Рада Європи сприяє демократизації і гуманізації в сфері охорони здоров'я шляхом забезпечення доступності медичної допомоги, захисту прав пацієнтів та охорони вдачу людини в галузі біомедицини, посилення ролі громадськості у визначенні напрямків розвитку системи охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати дослідження, можна зробити наступні висновки.

1. Виділяючи генезу міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я, треба зазначити, що генеза міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я активізувалася зі створенням Ради Європи, яка стала першою міжнародною регіональною організацією, метою якої була гармонізація та розбудова європейського правового простору.

Відповідно протягом останніх десятиліть у світі прийнято низку нових документів стосовно системи охорони здоров'я, зокрема: Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (Рада Європи, 1997 року); Протокол про воду та здоров'я до Конвенції про охорону та використання транскордонних водотоків та міжнародних озер 1992 року (ООН, 1999 року); Паризька хартія боротьби з раком (ВООЗ, 2000 року); Протокол про внесення доповнення до Угоди про співробітництво в галузі охорони здоров'я населення від 26 червня 1992 року (Співдружність Незалежних Держав, 2005 року); Модельний закон щодо природних лікувальних ресурсів, лікувально-оздоровчих місцевостей та курортів (Співдружність Незалежних Держав, 2008 року) та багато інших.

2. Виявляючи етапи формування організаційної складової механізму співробітництва держав в сфері охорони здоров'я ми маємо узагальнити, що найбільший вклад у формуванні такої складової принесла Рада Європи, основними правовими формами співробітництва в рамках Ради Європи є

прийняття конвенцій. На основі роботи комітетів експертів Європейський комітет з питань охорони здоров'я готує Рекомендації для прийняття Комітетом Міністрів (керівний орган Ради Європи).

Розробляючи питання політики в галузі охорони здоров'я, Рада Європи проводить консультації з експертами й спеціалістами усіх держав-членів і співпрацює з іншими міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ і Європейськими Співтовариствами та ЄС.

3. Здійснивши аналіз нормативного регулювання міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я ми виявили основні міжнародні акти, що містять норми щодо медичної допомоги, а саме треба виділити такі: Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (прийнятий у 1966 року, ратифікований Указом Президії Верховної Ради Української РСР у 1973 року); Декларація ВООЗ про розвиток прав пацієнтів у Європі 1994 року; Положення ВМА про доступність медичної допомоги (1988); Конвенція МОП 1952 року № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення»; Конвенція МОП про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби № 130, прийнята у Женеві 25 червня 1969 року, та Рекомендація щодо медичної допомоги та допомоги у випадку хвороби № 134; Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу та Протокол до неї, Париж, 11 грудня 1953 року; Європейський кодекс соціального забезпечення, прийнятий у Страсбурзі 16 квітня 1964 року, переглянутий в 1990 року, не ратифікований Україною; Європейська конвенція про соціальне забезпечення № 78, Париж, 14 грудня 1972 року; Європейська соціальна хартія (прийнята в 1961 року, переглянута в 1996 року, ратифікована Україною у 2006 року).

Також, чимало норм щодо міжнародного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я містяться в багатьох конвенціях та рекомендаціях, окремих договорах між країнами.

4 Уточнюючи поняття та елементи організаційно-правового механізму міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я, у роботі було

виокремлено такі напрями МПРСД у сфері охорони здоров'я: міжнародно-правове співробітництво з боротьби з інфекційними та неінфекційними хворобами, міжнародно-правове співробітництво держав зі створення стандартів щодо охорони професійного здоров'я та гігієни праці, міжнародно-правове співробітництво щодо створення та діяльності міжнародних міждержавних організацій у сфері охорони здоров'я та інше.

Зазначено, що окремої уваги заслуговують питання міжнародно-правового регулювання обігу лікарських засобів, міжнародно-правової регламентації права на доступ до лікарських засобів, міжнародно-правового регулювання трансплантації органів і тканин людини, міжнародно-правового регулювання ксенотрансплантації, міжнародно-правового регулювання надання медичних послуг. основними напрямами МПРСД у сфері охорони здоров'я є:

- заходи, що спрямовані на зміцнення національних систем;
- інтеграція зусиль на глобальному рівні щодо боротьби з низкою інфекційних та неінфекційних хвороб;
- створення міжнародно-правових стандартів щодо зменшення материнської та дитячої смертності;
- активізація співробітництва в рамках таких секторів охорони здоров'я, як санітарно-епідемічна просвіта, медична освіта, безпека водопостачання, санітарія і безпека харчування шляхом розроблення та прийняття універсальних міжнародних договорів із зазначеної проблематики.

5. Розкриваючи роль міждержавних організацій в організаційно-правовому механізмі міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я, було показано, що членство держав у міжнародних організаціях зобов'язує її активно впроваджувати міжнародні стратегії, в тому числі ті, які стосуються діяльності сфери охорони здоров'я населення. Одна з останніх міжнародних стратегій Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я–2020» також повинна відповідним чином бути реалізована у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Міжнародною стратегією ВООЗ «Здоров'я–2020» передбачено застосування в управлінні системою охорони здоров'я такого ефективного інструменту, як стандартизація. Для забезпечення розвитку стандартизації в сфері охорони здоров'я необхідно створити відповідну нормативно-правову базу з дотриманням міжнародних принципів, що слід розглядати як пріоритетне завдання державного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Стратегія Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я 2020» прийнята на 62 сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ 10-12 вересня 2012 року. У ній визначено завдання для країн-членів ВООЗ щодо стандартизації у сфері охорони здоров'я: «Підвищувати якість послуг за допомогою акредитації та дотримання відповідних національних стандартів для навчальних закладів та медичних працівників як у державному, так і в приватному секторі».

Найважливіша роль в цьому відношенні у стратегії відводиться міністрам і міністерствам охорони здоров'я. «Їх надійне керівництво, – зазначається у стратегії, – є ключем до успіху всіх дій, необхідних для задоволення інтересів щодо здоров'я населення, таких як ... якісне і ефективне виконання основних функцій громадської охорони здоров'я, надання медико-санітарних послуг, встановлення та моніторинг за стандартами для отримання показників діяльності в межах прозорості підзвітності».

6. Показавши роль міжнародних неурядових організацій у забезпеченні міжнародного співробітництва держав в сфері охорони здоров'я, треба узагальнити, що зокрема Європейське регіональне бюро ВООЗ сприяє країнам у проведенні оцінки та забезпеченні технічного вдосконалення і надає їм інформацію з питань охорони здоров'я: здійснюючи співробітництво з міжнародними партнерами, для забезпечення стандартизації, підвищення рівня міжнародної порівнянності та якості даних з питань охорони здоров'я.

Проведений розгляд впливу міжнародних організацій засвідчив, що питання здоров'я та функціонування систем охорони здоров'я не є лише

інтересом державним, а й міжнародної спільноти. Міжнародними організаціями визначено ключові принципи та фактори, які повинні обов'язково враховуватись як при формуванні, так і реформуванні національних систем охорони здоров'я.

7. Узагальнюючи основні форми та напрями міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я та узагальнивши базові вимоги до творення систем охорони здоров'я, визначені міжнародними інституціями, можна визначити три напрями співпраці міжнародних організацій з країнами-членами щодо - прав людини, управління та фінансування.

По-перше, міжнародні організації в документах визначають вимоги до національних систем охорони здоров'я щодо дотримання основних засад демократії, прав людини та верховенства права. Перш за все всі міжнародні організації наполягають на тому, що всі системи охорони здоров'я повинні забезпечувати право людини на доступ до медичної допомоги.

По-друге, серед визначених міжнародною спільнотою вимог до систем охорони здоров'я важливими є ті, що стосуються вдосконалення управління, в тому числі таких його аспектів, як прозорість, підзвітність, ефективність тощо.

По-третє, міжнародні організації докладають значних зусиль у пошуках нових способів фінансування систем охорони здоров'я, зокрема застосування таких інститутів як державно-приватне партнерства та інвестиції. Водночас залишається обов'язковим принцип солідарності та ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я.

8. Отже, виробивши пропозиції з вдосконалення міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я у процесі нашого дослідження ми виявили, що процес глобалізації все більше впливає на функціонування систем охорони здоров'я, особливо на зміни в структурі та функціях закладів охорони здоров'я. Усі досягнення науки та технологій створюють виклики не лише для медичної сфери, а й для економіки щодо оптимізації кількості, обсягів, географічної та технологічної доступності.

Міжнародні організації є важливим експертним джерелом допомоги в пошуках нових шляхів формування систем охорони здоров'я.

Підсумовуючи результати дослідження, наголосимо, що вплив міжнародних організацій на національні системи охорони здоров'я поступово збільшується, а отже, їх напрацювання потребують подальшого наукового пошуку, що в результаті сприятиме формуванню рекомендацій для реформування української системи охорони здоров'я

Тож вважаємо, що Україні і надалі треба імплементувати міжнародні Конвенції та Рекомендації і виробити низку механізмів та стратегію щодо її подальшого співробітництва як із міжнародними урядовими, так і не урядовими організаціями, та окремими країнами в цілому. Оскільки від успіхів такого співробітництва залежить чи не вся медицина у країні, охоплюючи усі її сфери, це і постачання ліків, і проведення клінічних випробувань лікарських засобів, і надання першої медичної допомоги та багато іншого.

Також, окремо треба звернути увагу на зарубіжний досвід розвинених країн, щодо їх напрямків реформування сфери охорони здоров'я та ратифікування міжнародних Конвенцій та Рекомендації, та загалом їх участі у міжнародному співробітництві як з іншими країнами, так і міжнародними організаціями.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України від 28.06.1996 року // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996. - № 30. – Стаття 141.
2. Про ратифікацію Європейської соціальної хартії (переглянутої): Закон України від 14.09.2006 № 137-V// Відомості Верховної Ради України. - 2006. - № 43. - Стаття 418.
3. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27.06.2014 року
4. Конвенція Ради Європи “Про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я“ дата підписання: 28.10.2011 року
5. Резолюція E/130/K.СУ.2 ЕКОСОП // Всемирная организация здравоохранения від 17.09.1946 року (повний текст) // [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/NR0/751/64/IMG/NR075164.pdf?OpenElement>
6. Резолюція A/348/KE5 124 (II) Генеральної Асамблеї ООН від 15 листопада 1947 року // Соглашения со специализированными учреждениями [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/039/85/IMG/NR003985.pdf?OpenElement>
7. Резолюція 1998/36 ЕКОСОП від 30 липня 1998 року // Малярия и диарейные заболевания, в частности холера [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.un.org/ru/ecosoc/docs/1998/r1998-36.pdf>
8. Резолюція A53/14 ВООЗ від 22 березня 2000 року / Глобальная стратегия для профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.un.org/ru/ecosoc/docs/1998/r1998-36.pdf>
9. Резолюція A/KE5/58/289 Генеральної Асамблеї ООН від 11 травня 2004 року Повышение безопасности дорожного движения во всем мире [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N03/511/88/PDF/N0351188.pdf?OpenElement>
10. Резолюція WHA27.59 ВООЗ от 23 травня 1974 року // Предупреждение несчастных случаев на автомобильном транспорте [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/100753/1/WHA27.59\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/100753/1/WHA27.59_rus.pdf)
11. Резолюція WHA57.10 ВООЗ від 22 травня 2004 року // Дорожная безопасность и здоровье [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R10-en.pdf)

12. Резолюція A/KE5/61 (I) Генеральної Асамблеї ООН // Создание Всемирной организации здравоохранения від 14 грудня 1946 року // [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/035/18/IMG/NR003518.pdf?OpenElement>
13. Баришніков М. РОКУ Міжнародне медичне право та його вплив на медичне законодавство України // Ліки України. - 2008. - №» 6. - С. 188-190.
14. Бекашев К. А. Международное публичное право: учеб. / Л. ПУНКТ Ануфриева, К. А. Бекашев, Е. Г. Моисеев, В. В. Устинов [и др.]; отв. ред. К. А. Бекашев. - 5-е изд., перераб. и допункт - М. : Проспект, 2009. - 1008 с.
15. Бенуа-Ромер Ф., Клебес Г. Право Ради Європи. Прямуючи до загальноєвропейського простору: пероку з англійської. - К. : К.І.С., 2007. - 232 с.
16. Білинська М. М. Основні напрями співпраці міжнародних організацій з органами державної влади України в забезпеченні права дитини на охорону здоров'я / М. М. Білинська, К. І. Жилка // Право та державне управління. - 2013. - № 4. - С. 130-133.
17. Борисова-Жарова В. Г. Международно-правовие основы обеспечения права человека на здоровье: автореф. дис. ... канд. юрид. наук / В. Г. Борисова-Жарова. - М., 2008. - 28 с.
18. Вільчак Я. М. Поняття та класифікація спеціалізованих економічних установ системи ООН / Вільчак Я. М. // Університетські наукові записки // Міжнародне право. - 2006. - № 1 (17). - С. 266-272 с.
19. Вовк С. М. Концесійне співробітництво охорони здоров'я / С. М. Вовк // Менеджер. - 2016. - № 3. - С. 75-82.
20. Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех / [пероку с англ.] ; ПРООН. - М. : Весь Мир, 2011. - 188 с.
21. Жилка Н. Я. Реалізація державної політики щодо здоров'я дітей у співпраці з міжнародними проектами (аналітичний огляд наукової літератури) / Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий // Економіка і право охорони здоров'я. - 2016. - № 1. - С. 53-60.
22. Зогий І. М. Міжнародно-правові стандарти медичної допомоги та законодавство України / І. М. Зогий // Актуальні проблеми держави і права. - 2011. - Випункт 57. - С. 261-268.
23. Каламкарян РОКУ А. Международное право : Учебник. / Каламкарян РОКУ А., Мигачев М. И. - М. : Изд-во Эскмо, 2004. - 688 с.
24. Ківалова Т. С. Доктринальні дослідження у сфері міжнародного права охорони здоров'я / Т. С. Ківалова, Н. В. Хендель // European political and law discourse. – Volume 4, Issue 3. – 2017. – С. 30-39.

25. Короткий Т. РОКУ Роль і завдання неурядових організацій та академічних кіл у сфері міжнародного гуманітарного права в Україні / Т. РОКУ Короткий, Н. В. Хендель // «Застосування міжнародного гуманітарного права в сучасних збройних конфліктах»: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 11 листопада 2015 року). Київ: Українська асоціація міжнародного права, ІМВ КНУ ім. Т. Шевченка, 2015. – С. 31-36.

26. Короткий Т. РОКУ, Хендель Н. В. Глава 11. Международные организации и международное сотрудничество в сфере здравоохранения / Т. РОКУ Короткий, Н. В. Хендель / Право международных организаций : учебник для бакалавриата и магистратуры / под ред. А. Х. Абашидзе. – М. : Издательство Юрайт, 2014. – С. 462–482.

27. Короткий Т. РОКУ, Сажинко Н. В. Место и роль международных стандартов в системе дисциплины «Медицинское право» / Т. РОКУ Короткий, Н. В. Сажинко / Медичне право України: теоретико-методологічні та практичні аспекти викладання медичного права: Матеріали VI Всеукраїнської (V Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права: «Медичне право України : теоретико-методологічні та практичні аспекти викладання медичного права» (26-28 квітня 2012 року, м. Львів) / Упоряд. к.ю.н., доц. І.Я. Сенюта, Х.Я. Терешко. – Львів: ЛОБФ «Медицина і право», 2012. – С. 178-187.

28. Линник С. Нормативно-правове забезпечення впровадження в Україні стратегії ВООЗ "Здоров'я – 2020" щодо стандартизації в охороні здоров'я / С. Линник // Актуальні проблеми державного управління. - 2012. - Випункт 4. - С. 101-104.

29. Лукашук И. И. Международное право: Особенная часть: учебник для студентов юридических факультетов и вузов / И. И. Лукашук. - Изд. 3-е, перераб. и допункт - М. : Волтерс Клувер, 2005. - 517 с.

30. Месхія О. Н. Генеза розвитку міжнародних організацій як інституціоналізованого механізму міжнародного співробітництва / О. Н. Месхія // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. - 2014. - № 6. - С. 62-69.

31. Михайлов В. С. Вопросы государства и права / Михайлов В. С. // Ученые записки. - Т. 31 часть 2. - Владивосток, 1969. - С. 84-85.

32. Михайлов В. С. История международного здравоохранительного права: Монография. Владивосток: издательство Дальневосточного университета. - 1984. - № 9-1. - С. 188.

33. Москаленко В. Ф. Объем и принципиальное содержание права на охрану здоровья в международных нормативно-правовых актах // Медицинское право. - 2006. - Л. 4. - С. 10-21.

34. Носуліч Т. М. Наукові підходи до вивчення системи охорони

здоров'я з позиції сталого розвитку / Т. М. Носуліч // Сталий розвиток економіки. - 2013. - № 4. - С. 195-201.

35. Работа во имя здравоохранения: XI Общая программа работы на 2006-2015 гг. Глобальная повестка дня в области здравоохранения (г. Женева, май 2006 г.). – Женева : ВООЗ, 2006. – 46 с.

36. Родіна С. О. Угода між Організацією Об'єднаних Націй та Всесвітньою організацією охорони здоров'я 1948 року (характер взаємодії) / С. О. Родіна // Часопис Київського університету права. - 2014. - № 2. - С. 366-370.

37. Сажиенко Н. В. Влияние фрагментации международного права на эффективность международно-правового сотрудничества государств в сфере здравоохранения / Н. В. Сажиенко / Проблемы эффективности международного права: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 29 березня 2013 року) / За заг. ред. к.ю.н., доц. В. Н. Кубальського. – К. : Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2013 – С. 102-106.

38. Сажиенко Н. В. Внутригосударственная имплементация Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака 2003 г.: опыт Украины / Т. РОКУ Короткий, Н. В. Сажиенко // Международное право и международные организации. - 2012. - № 1. - С. 72-90.

39. Сажиенко Н. В. Генезис концепции международного здравоохранительного права / Н. В. Сажиенко / Міжнародні читання з міжнародного права пам'яті професора ПУНКТ Є. Казанського : матеріал третьої міжнародної наук. конф. (м. Одеса, 2-3 листопада 2012 року) / відпункт за випуск к.ю.н., доц. М. І. Пашковський; Націон. ун-т «Одеська юридична академія». – Одеса : Фенікс, 2012. – С. 115-118.

40. Сажиенко Н. В. Деятельность Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения / Н. В. Сажиенко / Актуальні проблеми європейської інтеграції : збірник статей з питань європейської інтеграції та права. Випуск шостий / за редакцією Дмитра Ягунова. – Одеса: Фенікс, 2011. – С. 60–64.

41. Сажиенко Н. В. Европейский механизм защиты биомедицинских прав / Н. В. Сажиенко // Наукові читання, приєв, пам'яті В. М. Корецького : зб. наук. проку - К.: Вид-во Європункт ун-ту, 2012. - С. 281-283.

42. Сажиенко Н. В. Международное здравоохранительное право в эпоху глобализации / Н. В. Сажиенко // Міжнародні читання, приєв, пам'яті проф. Імператорського Новоросійського університету ПУНКТ Є. Казанського : матеріали міжнародної наук. конф. (м. Одеса, 22-23 жовтня 2010 року). - О., 2010. - С. 15-17.

43. Сажиенко Н. В. Международное здравоохранительное сотрудничество в эпоху глобализации / Н. В. Сажиенко / Альманах международного права. / ред. коллегия.: Кивалов С. В. (гл. ред.) и др. - О.:

Фенікс, 2010. – Выпункт 2. – С. 344-357.

44. Сажиенко Н. В. Международные организации и международное сотрудничество в сфере здравоохранения / Т. РОКУ Короткий, Н. В. Сажиенко / Право международных организаций [Текст] : учебник / Под ред. И. ПУНКТ Блищенко, А.Х. Абашидзе. – М. : РУДН, 2013. – С. 471-489.

45. Сажиенко Н. В. Организационно-правовая структура Всемирной организации здравоохранения / Н. В. Сажиенко / Міжнародні читання присвячені пам'яті професора Імператорського Новоросійського університету ПУНКТЕ. Казанського: матеріали Міжнародної конференції (м. Одеса, 21–22 жовтня 2011 року). – Одеса : Фенікс, 2011. – С. 159–161.

46. Сажиенко Н. В. Сотрудничество в рамках СНГ в области здравоохранения / Н. В. Сажиенко // Современное международное право и научно-технический прогресс : материалы международного научного-практ. конф. (г. Москва, 8 декабря 2011 г.). - М.: Изд-во РУДН, 2012. - С. 343-354.

47. Сажиенко Н. В. Сотрудничество европейских государств в области здравоохранения / Н. В. Сажиенко // Актуальные проблемы современного международного права : материалы X Ежегодной Всерос. научного-практ. конф., поев, памяти проф. И. ПУНКТ Блищенко : в 2 части (г. Москва, 13-14 апреля 2012 г.). - М. : Изд-во РУДН, 2012. - Ч. 1. - С. 613-623.

48. Сажиенко Н. В. Учасітє международных неправительственных организаций в международном здравоохранительном сотрудничестве / Н.В. Сажиенко / Diplo science 2012 (выпункт2): Сб.научного-практ. / Под ред. С. Н. Бородулина, Н. А. Комлевой; Отв.ред. С. Н. Бородулин. – Спб.: Изд-во «Астерион», 2012. – С. 68–78.

49. Сажієнко Н. В. Організаційно-правові форми співробітництва в галузі охорони здоров'я в рамках СНД / Н.В. Сажієнко / Актуальні проблеми політики : зб. наук. проку / гол. ред. С.В. Ківалов ; відпункт за випункт Л.І. Кормичастина – Одеса : Національний університет «Одеська Юридично академія» : Південноукраїнський центр гендерних проблем, 2012. – Випункт 44. – С. 155-169.

50. Сажієнко Н. В. Імплементация в Україні положень Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну 2003 року / Н. В. Сажієнко // Право України. - 2012. - № 3-4. - С. 159-170.

51. Сажієнко Н. В. Міжнародне право охорони здоров'я в системі викладання міжнародно-правових дисциплін / Н. В. Сажієнко // Укроку Часопис міжнародного права. - 2013. - Спец. випункт : Проблеми викладання міжнародного права. - С. 128-132.

52. Сажієнко Н. В. Організаційно-правові форми співробітництва в галузі охорони здоров'я в рамках СНД / Н. В. Сажієнко // Актуальні проблеми політики: зб. наук, проку - О.: Фенікс, 2012. - Випункт 44. - С. 155-169.

53. Сажієнко Н. В. Право на здоров'я та міжнародне право / Н. В. Сажієнко // Укроку часопис міжнароду права. - 2013. - Спец. випункт : Права людини. - С. 118-123.

54. Сажієнко Н. В. Правові засади міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я в рамках Ради Європи // Н.В. Сажієнко / Правова держава. Науковий журнал. – 2012. – Випункт 15. – С. 276–282.

55. Сажієнко Н. В. Щодо дефініції міжнародного права охорони здоров'я / Н. В. Сажієнко // Часопис Академії адвокатури України. – 2014. – № 1. - С. 165-166.

56. Сажієнко Н. В. Тенденції розвитку міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я / Н.В. Сажієнко / Актуальні проблеми держави і права : збірник наукових праць. Випункт 62. / редкол.: С. В. Ківалов (голов. ред.) та інші. ; відпункт за випункт В. М. Дрьомінші – Одеса : Юридична література, 2011. – С. 400-407.

57. Сенюта І. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я // Вісник Львівського університету. Сероку юридична. - Л., 2004. - Випункт 40. - С. 24-36.

58. Сенюта І. Я. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали ІІ Всеукраоку наук.-практ. конф., Львів, 17-18 квіт. 2008 року - Л., 2008. - С. 277-283.

59. Степаненко В. І. Проблеми координації та інтеграції діяльності ланок надання медичної допомоги в умовах реформування сфери охорони здоров'я України та їхнє значення у роботі дерматовенерологічної служби / В. І. Степаненко, В. В. Короленко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2013. - № 3. - С. 10-15.

60. Флоренц Бенуа- Ромер, Гайнріх Клебес Право Ради Європи. Прямуючи до загальноєвропейського простору / Пероку з англійської. - К., 2007. - С. 10-16.

61. Хендель Н. В. Международно-правовое сотрудничество в сфере здравоохранения на региональном уровне / Н. В. Хендель / Таджикский ежегодник международного публичного и частного права. – Душанбе. – 2014. – С. 66–76.

62. Хендель Н. В. Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.11 / Н. В. Хендель; кероку роботи Т. С. Ківалова; Нац. ун.-т "Одеська юридична академія". – Одеса, 2014. – 20 с.

63. Хендель Н. В. Международное здравоохранительное право в системе международного права / Н. В. Хендель // Таджикистанский ежегодник международного публичного и частного права. 2016. Душанбе, Издательство «Эр-граф», 2016. – С. 134-143.

64. Хендель Н. В. Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я: Автореферат. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.11 / Національний університет «Одеська юридична академія». – О., 2014. – 20 с.

65. Черненко З. С. Вплив міжнародних організацій на національні системи охорони здоров'я / З. С. Черненко // Наше право. - 2015. - № 1. - С. 200-206.

66. Демченко І. С. Вплив Угоди про асоціацію на подальший розвиток медичного права в Україні. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://lcslaw.knu.ua/index.php/arkhiv-nomeriv/1-6-2014/item/162-vplyv-uhody-pro-asotsiatsiiu-na-podalshyi-rozvytok-medychnoho-prava-v-ukraini-demchenko-i-s>

67. Жилка К. Діяльність Ради Європи у сфері медицини та охорони здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://jg.kiev.ua/pages/data/08/09.pdf>

68. Информационный бюллетень, Генеральный директорат III «Социальная сплоченность», Департамент по вопросам здравоохранения и биоэтики, Отдел здравоохранения. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ps.medpravo.org.ua/.../factsh~1.doc>.

69. Копилова Н. А. Міжнародні норми регулювання соціального розвитку: особливості право застосування в Україні // Державне будівництво. - 2009. - № 1. - [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [www.nbu.gov.ua/e-journals/DeBu/2009-1/doc/5/04.pdf](http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DeBu/2009-1/doc/5/04.pdf).

70. Мартинюк О. І. Міжгалузєва взаємодія з охорони суспільного здоров'я на рівні місцевого самоврядування / О. І. Мартинюк [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/ejournals/dutp>.

71. Новости медицины и фармации. - 2010. - № 20 (346) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-14804>.

72. Охорона здоров'я та сприяння сфері охорони здоров'я. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.coe.kiev.ua/general/800/800\\_12.htm](http://www.coe.kiev.ua/general/800/800_12.htm)

73. Профілактичні політики у сфері охорони здоров'я в Раді Європи країн-членів : Рекомендація 1959 (2011) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta11/EREC1959.htm>

74. Сажиенко Н. В. Развитие международно-правового сотрудничества государств в сфере здравоохранения / Н. В. Сажиенко // «ЛОМОНОСОВ-2011» : материалы международного молодежного научного форума. - М. : МАКС Пресс, 2011. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov\\_2011/1363/34318\\_604a.pdf](http://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov_2011/1363/34318_604a.pdf)

75. Україна і Група Помпиду Ради Європи: розвиток співробітництва [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art\\_id=244972167&cat\\_id=244277212](http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=244972167&cat_id=244277212).

76. Україна і Йорданія будуть співпрацювати у галузі охорони здоров'я і медичної науки. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/13881/ukraina-i-jordaniya-budut-spivpracyuvati-u-galuzi-oxoroni-zdorov-ya-i-medichnoi-nauki>

77. Україна та Ізраїль поглиблюють співпрацю у сфері медицини. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/108495/ukrayina-ta-izrayil-pogliblyuyut-spivpratsyu-u-sferi-meditsini>

78. ЮНИСЕФ. Благотворительный фонд помощи детям [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.selenaselena.ru/unicef>.

79. Annex IX. Participation by International Organizations of the United Nations Convention on the.

80. Committee of Ministers to member states on good governance in health systems: Recommendation CM/Rec (Adopted by the Committee of Ministers on 31 March 2010) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec\(2010\)6&Language](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec(2010)6&Language).

81. Constitution of the World Health Organization [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1&ua=1>

82. Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. - [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=164&CM=&DF=&CL=ENG>

83. Convention on the Elaboration of a European Pharmacopoeia. - [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?CL=ENG&CM=&NT=050&DF=&VL>

84. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care [Электронный ресурс]. — Режим доступа:



[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

85. European Union Council conclusions on the “Reflection process on modern, responsive and sustainable health systems” (Brussels, 10 December 2013) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/lisa/140004.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/140004.pdf).

86. Guidelines on interaction with commercial enterprises to achieve health outcomes : WHO’s Report by the Secretariat (30 November 2000) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB107/ee20.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/ee20.pdf)

87. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1).

88. Henry G. Schermers, Niels M. Blokker. – Leiden&Boston : Martinus Nijhoff Publishers, 2011. – 1310 p.

89. Key components of a well functioning health system [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/healthsystems/EN\\_HSSkeycomponents.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf?ua=1)

90. Law of the Sea [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.un.org/depts/los/convention\\_agreements/texts/unclos/closindx.htm](http://www.un.org/depts/los/convention_agreements/texts/unclos/closindx.htm).

91. Public-private interactions for health: WHO’s involvement. Note by the Director-General. Doc. EB109/4 (5 December 2001) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB109/eeb1094.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB109/eeb1094.pdf).

92. Recommendation CM/Rec (2010) 6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems. – <https://wcd.coe.int>.

93. Regulation (EU) No 282/2014 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2014 on the establishment of a third Programme for the Union’s action in the field of health (2014-2020) and repealing Decision No 1350/2007/EC [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>.

94. Richter J., Public-private partnerships and Health for All. How can WHO safeguard public interests? // Globalism and Social Policy Programme. – 2004. – № 5 (September). – ПОКУ 1–8.

95. Schermers H. G. International Institutional Law Unity within Diversity [Fifth Revised Edition].

96. Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/75492/E91445.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75492/E91445.pdf?ua=1).

97. The Health for All policy framework for the WHO European Region:

2005 update [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98387/E87861.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf?ua=1).

98. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/113302/E55363.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf?ua=1)

99. The Mexico Statement on Health Research «Knowledge for better health: strengthening health systems» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/entity/rpc/summit/agenda/Mexico\\_Statement-English.pdf](http://www.who.int/entity/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf)

100. The reform of health care systems in Europe: reconciling equity, quality and efficiency : Recommendation Parliamentary Assembly 1626 (2003) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTMLasp?FileID=10566&Language=E>

101. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. Commission of the European Communities : White Paper (Brussels, 23.10.2007) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://ec.europa.eu/healtheu/doc/whitepaper\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/healtheu/doc/whitepaper_en.pdf).

102. Transforming health services delivery towards people-centred health systems: Briefing Note. – Copenhagen : World Health Organization, 2014. – 14 року

103. WMA Council Resolution on Standardisation in Medical Practice and Patient Safety [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/30council/cr\\_18/index.html](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/30council/cr_18/index.html).

104. WMA Resolution on Improved Investment in Public Health [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h13/index.html>.

105. WMA Statement on Access to Health Care [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a6/>.

106. UKRAINIAN COUNCIL OF NURSING AND MIDWIFERY [Электронный ресурс]. □Режим доступа: <http://nursingmidwiferycouncilukraine.org/ukr/>.