

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....	4
ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1. ГЕНЕЗА МІЖНАРОДНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	7
1.1. Історія становлення міжнародного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я .....	7
1.2. Співробітництво держав у сфері охорони здоров'я на початку ХХІ ст. ....	14
РОЗДІЛ 2. РОЛЬ МІЖНАРОДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В МІЖНАРОДНОМ У СПІВРОБІТНИЦТВІ ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
2.1. Діяльність міжнародних урядових організацій у міжнародно-правов овому регулюванні співробітництва держав у сфері охорони здоров'я.....	32
2.2. Місце міжнародних неурядових організацій в регулюванні міжнаро дного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я .....	37
РОЗДІЛ 3. УКРАЇНА ЯК УЧАСНИК МІЖНАРОДНОГО СПІВРОБІТНИ ЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	42
3.1. Діяльність України в міжнародних організаціях з охорони здоров'я.....	42
3.2. Стандарти державно-приватного партнерства в сфері медицини як н ові можливості для України .....	45
ВИСНОВКИ .....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55

### Перелік умовних скорочень

ВООЗ Всесвітня Організація охорони здоров'я  
ВАОЗ Всесвітня Асамблея Охорони Здоров'я  
ДПП Державно-Приватне Партнерство  
ЄС Європейський Союз  
ЄСПЛ Європейський Суд з Прав Людини  
КСДЗ Комітет ВООЗ з питань Соціальних Детермінантів Здоров'я  
МБГГ Міжнародне бюро громадської гігієни  
МВФ Міжнародний Валютний Фонд  
МКЧХ Міжнародний Комітет Червоного Хреста  
МОП Міжнародна організація праці  
МПЕСКП Міжнародний Пакт про Економічні, Соціальні та Культурні Права  
НАФТА Північноамериканська зона вільної торгівлі  
НЗЗ Незаразні захворювання  
ООЗЛН Організація охорони здоров'я Ліги Націй  
ООН Організація Об'єднаних Націй  
ПАСБ Пан-Американське санітарне бюро  
ПРООН Програму розвитку ООН  
РКБТ Рамкова Конвенція по Боротьбі з Тютюнопалінням  
РКГЗ Рамкова Конвенції про Глобальне Здоров'я  
СОТ Світова Організація Торгівлі  
ЮНІСЕФ Дитячий фонд ООН

## **ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження.** Охорона здоров'я - традиційно одна з найважливіших сфер економіки будь-якої держави, оскільки істотно вплив

ає на розвиток трудових ресурсів. Право на медичну допомогу є одним з невід'ємних прав людини. Згідно ст. 25 Всесвітньої декларації прав людини (1948) кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи медичний догляд, який необхідний для підтримки здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї. Право людини на охорону здоров'я і надання медичної допомоги передбачено ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права (1966). Учасники даного пакту, визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Для досягнення поставленої мети була створена Всесвітня організація охорони здоров'я(ВООЗ). Довгий час проблеми у сфері здоров'я і розвитку охорони здоров'я вирішувалися на національному рівні, але в процесі інтенсивної регіональної інтеграції та при постійно зростаючих масштабах міграції населення відбувається переоцінка уявлень про форми і методи міжнародного управління. Розвиток інституційної системи економіки найчастіше відбувається в формі імпорту інститутів з інших країн. Однак пряме їх перенесення є досить складним, тому що, наприклад, через суттєві різниці в соціально-економічному розвитку закордонні інституції часто не оптимальні для іншої країни і в нових умовах не знайдуть механізмів реалізації. Значні проблеми, які виникають і при заимпозитиві ідей в розвитку ринку соціально значущих послуг, до яких і відносяться послуги охорони здоров'я [4, с. 25].

**Метою роботи** є визначення особливостей міжнародного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я.

#### **Завдання роботи**

- Дослідити основні передумови та обставини співробітництва у сфері охорони здоров'я.
- Проаналізувати співробітництво держав у сфері охорони здоров'я на початку XXI ст.

- Охарактеризувати діяльність міжнародних урядових організацій у співробітництві держав у сфері охорони здоров'я.
- Визначити роль міжнародних неурядових організацій в міжнародному співробітництві у сфері медицини.
- Охарактеризувати участь України в міжнародних організаціях з охорони здоров'я.
- Дослідити питання державно-приватного партнерства в охороні здоров'я та його перспективи для України.

**Об'єкт дослідження** - комплекс правових відносин між країнами у сфері охорони здоров'я через призму глобалізаційних процесів.

**Предметом дослідження** є правове регулювання процесів співробітництва у сфері охорони здоров'я.

**Структурно робота** складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 59 ст.

## РОЗДІЛ 1. ГЕНЕЗА МІЖНАРОДНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Історія становлення міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я.

Як нам доводять історичні факти, ще з часів стародавнього світу відносно держав до охорони здоров'я, санітарії та громадської гігієни характеризують рівень розвитку суспільства. Пізнання в медицині та епідеміології цивілізованих народів стародавнього світу(Шумер, Вавилон, Єгипет, Карфаген, Індія, Китай), а також країн античності(Греція, Рим) свідчать про пряму залежність між ступенем розвитку соціуму і системою профілактичних, санітарно-гігієнічних та лікувальних заходів, прийнятих для боротьби із захворюваннями та травмами в цьому соціумі. Але навіть розвинута медицина і висока культура гігієни у населення не гарантували йому захист від висококонтагіозних інфекційних захворювань, які легко долають кордони держав.

Людству знадобилося тисячі років розвитку, щоб дійти до висновку про необхідність співробітництва у сфері охорони громадського здоров'я, гігієни та санітарії. Зараз ні в кого не виникне сумнівів, що питання охорони громадського та індивідуального здоров'я, профілактика захворювань, епідемій, а також захист навколишнього середовища є предметом загального інтересу і турботи всіх народів світу.

Тим не менш, спочатку питання охорони здоров'я та боротьба із розповсюдженням епідемій були предметом виключно національної юрисдикції держав. Цього було не достатньо ні для профілактики епідемій, ні для захисту населення від них, тому держави були приречені на співробітництво у сфері епідеміологічної безпеки.[31] Перші зародки інституційного співробітництва виникли на початку XIVст. (Генуя) і були вони виражені у формі карантинного контролю за інфекційними захворюваннями. [12, с.30] Суть цього контролю полягала в 40-денній ізоляції судна(карантин від лат. quaranta - 40 днів) в спеціально відведеній карантинній бухті, а екіпажу судна було заборонено контактувати з місцевим населенням. В цьому історичному періоді карантин розглядався в якості єдиного можливого засобу превентивної боротьби з епідеміями(перш за все з епідемією чуми)

Лише в середині ХІХст. в європейському просторі ми можемо спостерігати зародження процесів міжнародного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я. Тоді ще мова не йшла про захист права на здоров'я або будь-яких суб'єктивних прав. Головною метою держав того періоду був пошук золотої середини між жорсткими обмеженнями, спрямованих на стримання та боротьбу з епідеміями(карантинний механізм), та інтересами міжнародної торгівлі, яка на той час стрімко розвивалась. Глобалізація охорони громадського здоров'я привела до розвитку міжнародної дипломатії у сфері охорони здоров'я та появи міжнародних режимів у цій сфері в середині ХІХст.[16] Не зважаючи на те, що вагомість питань охорони здоров'я і співробітництва держав в цій сфері не викликали суинівів, більшість держав, неохоче брали участь в міжнародних форумах, бо вбачали в цьому загрозу своєму суверенітету, а також не хотіли брати на себе юридичні зобов'язання у сфері охорони здоров'я. Дженіфер Джоллі називає цей підхід класичним реалізмом, який розглядав повний суверенітет та незалежність держав в якості найвищого блага, а тому відкидав наддержавні інституції, та взяття державами на себе зобов'язань по міжнародному праву [27, с.15] Більшість визначень глобалізації вказують на те, що вона відноситься до процесів зростання взаємопов'язаності спільнот таким чином, що події в одній частині світу мають вплив на людей і громадськість в іншій його частині.[33] Питання торгівлі ставились на перше місце, тому державаи Європи в кінці ХІХст., все ж довелося взяти на себе міжнародні зобов'язання пов'язані з карантинном, правилами перетину державного кордону по суші і морю, введенням корабельних сертифікатів і санітарних перевірок. Ці заходи приймались з метою профілактики епідемій, з однієї сторони, і недопущення неоправданих або свавільних обмежень в міжнародній торгівлі з іншої. Середина та кінець ХІХст. відзначились руйнівними пандеміями холери, яка охопила Європу, яка була завезена з Індії, морськими шляхами і сухопутними через Османську Туреччину. Усвідомлю

ючи необхідність кооперації у боротьбі з холерою та знищенні бар'єрів у міжнародній торгівлі, 12 держав Європи зібрались для обговорення нагальних питань епідеміологічної боротьби та санітарного контролю, в Парижі на Першу санітарну конвенцію в 1851р., де окрім холери обговорювались питання боротьби з чумою та жовтою лихоманкою. [25] Ця Конференція закінчилась підписанням Першої міжнародної санітарної конвенції в 1853 році, яка встановила систему санітарного і карантинного контролю в басейні Середземного моря [12, с. 34]

Як було нами досліджено, питання охорони здоров'я тісно переплітались з комерційними вигодами від всеосяжної торгівлі, міждержавна кооперація в міжнародних рамках стала предметом всезагального інтересу розвинутих держав. Спочатку коло учасників переговорів по дипломатії з охорони здоров'я обмежувалось європейськими державами. Це відбувалось за трьох причин:

- Європа піддавалась руйнівним наслідкам пандемій холери та інших захворювань, які переважно заносились англійським королівським флотом з Індії, а також паломниками, які здійснювали Хадж через Османську імперію.
- Транспортне сполучення в Європі було розвинуте краще, ніж будь-деінде, що створювало хороше підґрунтя для розповсюдження хвороб по континенту.
- Європейські держави, особливо ті, які розташовані на Півночі, були налаштовані рішуче проти карантинів як методів запобігання епідеміям. Сорюк днів коштували дорого розвинутим промисловим економікам європейських країн, тому вони пропонували альтернативні методи боротьби з епідеміями.

Тим не менш, П'ята міжнародна санітарна конференція пройшла в Західній півкулі, в столиці США Вашингтоні, в 1881 році. Її не можна назвати

вдалою, як і спроби уряду США нав'язати європейським делегатам своє бачення санітарно-епідеміологічної безпеки [12, с.34; 27, с.35]

Проаналізувавши історичні факти, можна стверджувати, що всього за пів століття було проведено 12 міжнародних санітарних конференцій. Квінтисенцією цих зустрічей стало підписання в 1907 році двадцятьма державами Міжнародного санітарного кодексу. Відповідно до цього кодексу, період карантину було зменшено до 5 днів, також передбачалась можливість заміни карантину медичною інспекцією судна. Також важливою новеллою стало зобов'язання держави, на території якої було зафіксовано спалах епідемії, повідомити про це підписантів Конвенції. В свою чергу держави, попереджені про погіршення епідеміологічної ситуації, не повинні були вводити обмеження проти цієї держави.

Не зважаючи на зкутість та неповоротливість європейської дипломатії того часу, можна впевнено стверджувати, що конференції, та прийняті на них санітарні конвенції мали позитивний ефект на нормалізацію епідеміологічної та торгово-економічної ситуації в басейні Середземного моря.

З моменту Першої санітарної конференції і до Першої світової війни міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я здійснювалося переважно в таких напрямках:

- Боротьба з інфекційними захворюваннями;[13]
- Виробнича безпека та промислова гігієна;
- Транскордонне забруднення повітря та водойм;
- Боротьба з незаконним обігом алкоголю, тютюнових виробів та наркотичних речовин;
- Ведення санітарної статистики

За цей період було засновано три міжнародні організації з охорони здоров'я: Пан-Американське санітарне бюро, 1902 рік (ПАСБ), Міжнародне бюро громадської гігієни(МБГГ), 1907 рік, Організація охорони здоров'я Ліги



Націй(ООЗЛН) 1923 рік. Аж до створення універсальної міжнародної організації з охорони здоров'я - ВООЗ спроби держав, міжнародних організацій в сфері охорони здоров'я (ПАСБ, МБГГ, ООЗЛН) налагодити конструктивне міждержавне співробітництво і виробити ефективні заходи боротьби з інфекційними, неінфекційними та виробничими захворюваннями були половинчати та нездійсненими. Це пояснюється, перш за все, небажанням держав брати на себе широкі міжнародні зобов'язання у сфері публічної охорони здоров'я, що стало наслідком політики класичного реалізму[27, с.14]; атмосферою ворожості та милітаризації, яка панувала в Європі та у всьому світі до створення ООН, тобто питання охорони здоров'я не ставились як пріоритетні завдання; брак медичних знань про природу захворювань - науково-технічний прогрес тільки виднів на горизонті і тп. Дослідивши це питання з впевненістю стверджуємо, що не слід недооцінювати ініціативи держав ХІХ ст., оскільки вони стали рушійною силою для медичної та організаційної кооперації держав в ХХ-ХХІ ст.

Міжнародне співробітництво в галузі охорони здоров'я розпочалося з першої Міжнародної санітарної конференції в Парижі, яка відкрилася 23 липня 1851 р. Метою цієї конференції було гармонізація та зведення до мінімуму конфліктних та дорогих вимог морського карантину різних країн Європи.

Перша міжнародна санітарна конвенція, що стосується холери, була ратифікована і набула чинності на сьомій Міжнародній санітарній конференції у Венеції у 1892 р. Подальші конференції у Дрездені 1893 р. та Парижі 1894 р. призвели до двох додаткових конвенцій, що стосуються холери. Наступна конференція у Венеції 1897 р. Прийняла нову міжнародну конвенцію, що стосується запобігання поширенню чуми. Усі ці чотири конвенції були об'єднані в єдину Міжнародну санітарну конвенцію в 1903 році.

На конференції 1903 р. було узгоджено створення постійного міжнародного бюро охорони здоров'я. У той час американські республіки вже у 190

2 році у Вашингтоні створили Міжнародне санітарне бюро - пізніше перейменовано в Панамериканське санітарне бюро.

На засіданні представників урядів в Римі 1907 р. було прийнято остаточне рішення про створення в Парижі Office International d'Hygiène Publique (ОІНР) - Міжнародне Бюро Громадської Гігієни(МБГГ), з постійним секретаріатом та "постійним комітетом" вищих посадових осіб охорони здоров'я урядів країн-членів. Цей комітет вперше засідав наприкінці 1908 року, а потім двічі на рік, за винятком Першої світової війни.

Ліга Націй була створена після Першої світової війни. Одним із її завдань було "намагатися вживати заходів у питаннях, що мають міжнародний інтерес щодо запобігання та боротьби з хворобами". Усі існуючі міжнародні бюро повинні були розміщуватися під керівництвом Ліги. Передбачалося, що МБГГ буде включено в адміністративні рамки Ліги Націй; однак, в останній момент США, які були членом МБГГ, але не Ліги Націй, наклали вето на цей синтез. Таким чином, у роки між двома світовими війнами у Європі співіснували дві незалежні міжнародні організації охорони здоров'я - МБГГ та Організація охорони здоров'я Ліги Націй. Ці дві організації консультувались та співпрацювали одна з одною разом із Панамериканською санітарною організацією (нині Панамериканська організація охорони здоров'я).

З початком Другої світової війни міжнародна робота в галузі охорони здоров'я майже припинилася.

У квітні 1945 р. Під час Конференції по створенню Організації Об'єднаних Націй (ООН), що проходила в Сан-Франциско, представники Бразилії та Китаю запропонували створити міжнародну організацію охорони здоров'я та скликати конференцію, яка б опрацювала її конституцію. 15 лютого 1946 року Економічна та соціальна рада ООН доручила Генеральному секретарю скликати таку конференцію. З 18 березня по 5 квітня 1946 року в Парижі відбулося засідання Технічного підготовчого комітету, який склав пропозиції

щодо Конституції, які були представлені на Міжнародній конференції з охорони здоров'я в Нью-Йорку між 19 червня та 22 липня 1946 р. На основі цих пропозицій Конференція розробила та прийняла Конституцію Всесвітньої організації охорони здоров'я, підписану 22 липня 1946 року представниками 51 члена ООН та 10 інших країн. Конференція також створила Тимчасову комісію для здійснення певної діяльності існуючих інституцій охорони здоров'я, до набрання чинності Конституцією Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я.

## **1.2 Співробітництво держав у сфері охорони здоров'я на початку ХХІ ст.**

Як нам доводить практика, на початку ХХІ століття проблеми здоров'я, як і багато інших проблем сучасності, “переходять” національні кордони і стають загальними для народів різних країн світу(наприклад, епідемії, вірус и і т.д.) Відповідно, пошуки шляхів вирішення цих проблем також повинні здійснюватись не залежно від державних кордонів і повинні бути доступним и для всіх членів світового співтовариства. Всі країни повинні мати можливість використовувати досвід і досягнення один одного, обмінюючись інформацією та технологіями.

Однією з важливих характеристик розвитку світового соціуму на початку нового тисячоліття стали так звані глобальні проблеми сучасності, які поставили на повістку дня, вперше у світовій історії, питання про виживання людини як біологічного виду. Список глобальних світових проблем дуже обширний: від проблем війни і миру до питань освіти та охорони здоров'я. За словами експерта Девіда І. Блума: “Хвороби ніколи не признавали кордонів. Проказа розпосюдилась з Азії в Європу в IV столітті до н.е. швидше за все, в результаті походів Александра Македонського. “Чорна смерть” з'явилась

в Центральній Азії, а після пронеслась через Європу і Близький Схід в 1340 і роки. Хвороби, перенесені через Атлантичний океан європейськими загарбниками, забрали життя величезної кількості корінних жителів американського континенту в XVII-XVIII ст.[2] Блум впевнений, що “в сучасну епоху загрози здоров’ю людей набувають все більш глобального характеру. В 1918-1919рр. іспанський грип забрав 50-100млн. життів - більше, ніж загинуло в Першій світовій війні. А в наші дні через постійно зростаючу економічну інтеграцію такі хвороби, як ВІЛ/СНІД, з більшою легкістю перетинають кордони і переносяться з одного континенту на інший. Крім того, деякі вчені стверджують, якщо в разі мутації вірусу пташиного грипу він почне передаватись від людини людині, то швидкість розповсюдження цього вірусу може бути катастрофічною”[2]

В міжнародному співробітництві в сфері охорони здоров’я, яке впливає на діяльність міжнародних організацій, можна виділити два умовні рівні - політичний та професійний.

Політичний - Формується на державному рівні в ході бажання країни визначити глобальну стратегію і місце державної охорони здоров’я в процесах, які відбуваються на світовому та регіональному рівнях(в першу чергу це розробка власної позиції в стандартах, які знаходять своє відображення у відповідних міжнародних планах і програмах, підписаних міжнародних угод тощо), а також в тих повноваженнях, які держави делегують міжнародним медичним організаціям.

Професійний рівень включає “пряму участь спеціалістів в сфері медицини в розробці та реалізації спільних міжнародних програм та угод про міжнародне співробітництво” [7, с.115]

В основі цих двох рівнів співробітництва лежить робота з міжнародними організаціями. Необхідність та актуальність взаємодії в сфері охорони здоров’я обумовлені тенденціями глобальних викликів та загроз, які постають

перед людством в сфері охорони здоров'я. Головна проблема співробітництва полягає в необхідності прийняття швидких мір для подолання загроз здоров'ю та життю людини.

В якості прикладу ми приводимо проблему інтернаціоналізації інфекційних захворювань, всезростаючу, із загрозовою процесією. Деякі спеціалісти порівнюють швидкість розповсюдження захворювань зі швидкістю найбільш сучасних засобів комунікації. Так, підчас епідемії Тяжкого Гострого Респіраторного Синдрому, викликової ТГРС--коронавірусом, менш ніж за 3 місяці цей вірус розширився майже на всіх континентах від нього загинуло більше 900 людей. Число померлих було б більше, якщо б перші лабораторії, які ідентифікували вірус, не переслали данні по будові геному збудника через інтернет. Це призвело до швидкого обміну даними, в наслідок чого були прийняті міри по мінімалізації розповсюдження вірусу в світі. Схожі дії знайшли відгук і підтримку в міжнародних організаціях з охорони здоров'я.

Подібний вид міжнародних відносин з'явився ще в час розповсюдження епідемії пташиного грипу в Південно-Східній Азії. Коли в Гонконгу в 1997р. з'явилися відомості про загибель людей від вірусу грипу, вся птиця була знищена, як запобіжний захід епідемії "пташиного грипу"(аж до 2003р. вдалося не допускати таких спалахів епідемії). Останній приклад має як позитивний приклад професійного співробітництва, так і демонструє що відбувається, коли немає домовленостей на політичному рівні.

В 2003 році вірус знову заявив про себе, з'явившись на сільськогосподарських фермах В'єтнаму і розширившись в інших державах Південно-Східній Азії. Уряд вирішив не використовувати жорстокі міри по боротьбі з вірусом. Як результат, вірус який розмножився на роєватних господарствах, потрапив на великі підприємства, які спеціалізувались на м'ясі птиці. Таким чином, через бездіяльність уряду, з'явилась мутована форма вірусу, від якої постраждали люди. Більше 100 жертв грипу загинуло від вірусної пневмонії. П

остраждала і дика природа, оскільки мутувавший вірус заразив диких птахів. Весною 2005р. грип розширився в Китай, Монголію та на південь Сибіру. Не останню роль відіграла і затримка інформації з Китаю, що призвело до більш пізнього розпізнавання вірусу.[8, с.7] Це говорить про недостатню координацію міжнародного співробітництва. На думку експертів, необхідно збільшити обсяг знань в даній сфері, які разом з епідеміологічним наглядом і швидкою реакцією дадуть змогу запобігати епідеміям, не даючи їм глобально розповсюджуватись.

Таким чином, враховуючи вищесказане, стверджуємо, що неможливість прийняття відповідних заходів на початку виникнення загрози привели до порушення безпеки людей, і як наслідок до загибелі людей та екологічних проблем. В даному випадку була б необхідною співпраця міжнародних структур, як і у випадку зі “Свинячим грипом” в 2009р. Слід зауважити, що, на жаль, можна наводити безліч загроз людській(або особистій) безпеці, які вийшли за кордони окремих держав. Це і ВІЛ-інфекція, вірусні гепатити, туберкульоз, різноманітні інфекції, а також наркоманія, проблеми екології, наслідки техногенного розвитку та біобезпека.

Не дивно, що пошуки шляхів вирішення питань міжнародного співробітництва у сфері медичної безпеки приводять до появи нових форм співробітництва та нових інструментів цього співробітництва. Серед новинок міжнародного співробітництва, на думку президента Міжрегіонального товариства спеціалістів доказової медицини Росії Башинського С.Е.: “В 90-і роки ХХст. почала розвиватись і отримала всесвітнє розповсюдження нова доктрина - доказова медицина. В рамках цієї доктрини була сформована ієрархія ступеню доказаності наукових досліджень в медицині, яка сьогодні є загальновізнаною. Крім того, виник новий аналітичний інструмент для аналізу і узагальнення даних, отриманих під час різних медичних досліджень, отримавший назву систематичного обзору або метааналізу. Всі ці теоретичні новинки разом

з розвитком нових інформаційних технологій(інтернет, пошукові системи, повнотекстові бази даних) призвели до появи цілої мережі міжнародних організацій, що займаються пошуком, критичною оцінкою і узагальненням результатів медичних досліджень”[1]

Цілком очевидно, що доказова медицина тільки один з інструментів міжнародного медичного співробітництва. Глобалізація зробила можливим різноманіття співробітництва, наповнивши його як медичними заходами, так і обміном медичною інформацією. Серед сучасних новинок співробітництва, можна виділити і появу міжнародних некомерційних організацій, таких як Кооперативна Співпраця. Названа в честь відомого епідеміолога Арчі Кокрейна, організація займається узагальненням результатів клінічних і діагностичних досліджень, а також методів лікування “глобальних хвороб”[15]

Однак, на думку російського дослідника С.Е. Бащинського: “В різних сферах міжнародного співробітництва досі зберігається низка протиріч і непорозумінь, як на політичному, так і на професійному рівнях”[1] Тут також потрібно врахувати і питання законодавства держав, фінансування та проблем медичних досліджень. Міжнародні урядові і неурядові організації є одними з тих, хто взмозі подолати ці проблеми. Не дивно, що окрім спроб(вдалих чи не вдалих) подолати загрози та виклики людській безпеці, організації повинні запропонувати ряд правил медичного співробітництва. Також слід зазначити, що вирішення цих питань неможливо відкласти, оскільки від цього залежить безпека людини.

Ми вважаємо, що не всі такі дії були вдалими, але є декілька сфер співробітництва, для яких вони не тільки створені, але й підтримуються ВООЗ, Радою Європи і рядом інших міжнародних організацій. Вони достатньо прозорі і втілюють собою відкритість і прозорість медичної діяльності, узгодженості в діяльності учасників процесу, вибір найбільш ефективних засобів і використання останніх розробок медичних технологій.[4]

Розглянемо більш детально досвід в сфері охорони здоров'я інтеграцій та взаємодію країн, що входять до них. Європейський союз (ЄС) - економічне і політичне об'єднання 28 держав, яке було юридично закріплено Маастрихтським договором 1992 р (вступив в силу 1 листопада 1993 г.). Приєднуючись до союзу, країни обмежують свій суверенітет в обмін на представництво в інститутах організації, що діє в загальних інтересах. Для вступу в ЄС країна-кандидат повинна відповідати Копенгагенським критеріям, прийнятим в червні 1993 р на засіданні Європейської ради в Копенгагені і затвердженим в грудні 1995 року на засіданні Європейської ради в Мадриді. Критерії вимагають, щоб в державі дотримувалися демократичні принципи, принципи свободи і поваги прав людини, а також принцип правової держави. В країні також має бути присутня конкурентоспроможна ринкова економіка і визнаватися загальні правила і стандарти ЄС, включаючи прихильність цілям політичного, економічного і валютного союзу. Якщо торкнутися питання охорони здоров'я, то в ЄС загальні питання залишаються в компетенції країн-учасників ЄС, а інші країни і ЄС можуть здійснювати діяльність з підтримки, координації або надання додаткових послуг, не порушуючи самостійності країни в цьому питанні. На сьогоднішній день ряд питань досі не врегульовано - існують проблеми з взаємодією між країнами-учасницями ЄС, зокрема ким повинна надаватися медична допомога, якщо громадянин проживає в одній країні, а працює в іншій. Ця проблема посилюється різницею в методах фінансового забезпечення систем охорони здоров'я та їх функціонуванням [28, с. 941].

Першим актом, спрямованим на консолідацію і гармонізацію законодавства в сфері охорони здоров'я стала Директива 2011/24 / EU від 09 березня 2011 року про права пацієнтів на транскордонне медичне обслуговування. Згідно з цією директивою, громадяни ЄС мають право на доступ до медичної допомоги в будь-якій країні ЄС і отримують компенсацію за медичну допом



огу за кордоном своєю країною. Цей акт досі є основним нормативно-правовим актом, що регулює дану галузь правовідносин.

Існують інтеграції, які абсолютно не зачіпають питання охорони здоров'я, але проблеми в даній сфері так чи інакше виникають. Наприклад, укладену 17 грудня 1992 р угоду НАФТА між Канадою, США і Мексикою направлено на усунення митних і паспортних бар'єрів, стимулювання інвестицій та збільшення потоку товарів і послуг із США в Мексику і Канаду. На практиці країни зіткнулися з проблемою великої міграції з Мексики в США і відповідно створення для них відповідних умов: надання робочих місць, страхування і т. д. Проблеми охорони здоров'я в даній інтеграції загострюються на тлі кардинальних відмінностей в системах охорони здоров'я. Заснована на принципах приватного страхування система охорони здоров'я США має ряд негативних рис. До недоліків американської приватної системи медичного страхування слід віднести те, що вона залишає значну частину населення без страхування здоров'я. Серед незастрахованих багато молоді, а також осіб, які працюють на малих підприємствах, та членів їх сімей. Іншою проблемою американської охорони здоров'я є різке подорожчання медичних послуг, що призводить до того, що невеликі фірми вже не завжди можуть страхувати своїх працівників. Все це призводить до так званого «Медичного туризму», коли за медичними послугами громадяни США звертаються до Канади, що створює додаткове фінансове навантаження для бюджету Канади, система охорони здоров'я якої побудована на принципах соціального і державного страхування [28, с. 935].

Тема глобальної охорони здоров'я стала більш актуальною в останні десятиліття: «Глобальна інфекційна криза, супроводжена появою та швидким розповсюдженням свинного та курячого грипу та інших захворювань сприяли тому, що загрози здоров'ю подолали державні кордони і вийшли на глобальний рівень»[21] В умовах сучасного інформаційного суспільства дуже важ

ко ігнорувати проблеми охорони здоров'я в різних регіонах світу, але набагато легше об'єднувати свої сили в пошуках спільних рішень цих проблем.

Після Другої світової війни були зроблені перші найважливіші кроки на шляху створення глобальної системи охорони здоров'я. Важливу роль в цьому відіграли Організація Об'єднаних Націй та Група Світового Банку. Так, в 1948 році була заснована Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, яка стала фундаментом цієї системи.[4] Адаптувати проблему охорони здоров'я до нових глобальних умов індустриальної епохи є ідея "глобального здоров'я" і "глобальної охорони здоров'я", яка, основним чином, являє собою еволюцію концептуальної ідеї "Здоров'я для всіх".

Також основним напрямком співробітництва у сфері медицини можна виділити "Цілі Сталого Розвитку ООН 2030. Міцне здоров'я та самопочуття."

Цілі сталого розвитку є основою досягнення кращого і стійкого майбутнього для всіх. Вони стосуються глобальних викликів, з якими ми стикаємося, включаючи проблеми, пов'язані з бідністю, нерівністю, кліматом, деградацією довкілля, процвітанням, миром і справедливістю. Цілі взаємопов'язані, і для того, щоб нікого не залишати позаду, важливо, щоб ми досягли кожної цілі та мети до 2030 року.

Забезпечення здорового життя та підвищення добробуту в будь-якому віці є важливим для сталого розвитку.

Були досягнуті значні успіхи у збільшенні тривалості життя та зменшенні деяких поширених "вбивць", пов'язаних із дитячою та материнською смертністю, але робота над досягненням мети менше 70 смертей матері на 100 000 живонароджених до 2030 року потребує вдосконалення кваліфікованої медичної допомоги.

Досягнення мети скорочення передчасної смерті внаслідок непереможних захворювань на 1/3 до 2030 року також вимагатиме більш ефективних те

хнологій використання чистого палива під час приготування їжі та навчання ризиків тютюну.

Факти та цифри, що було зроблено у сфері охорони здоров'я дітей: на 17000 дітей менше щодня помирає, ніж у 1990 році, але понад п'ять мільйонів дітей все ще вмирають перед п'ятим днем народження кожного року; З 2000 року вакцини проти кору запобігли майже 15,6 мільйонам смертей; Незважаючи на рішучий глобальний прогрес, все більша частка дитячої смертності спостерігається в Африці на південь від Сахари та Південній Азії. Чотири з кожних п'яти випадків смертей дітей до п'яти років трапляються в цих регіонах; Діти, народжені в бідності, майже вдвічі частіше помирають до п'ятирічного віку, ніж діти із заможніших сімей; Діти освічених матерів - навіть матері, які мають лише початкову школу - швидше виживають, ніж діти матерів, які не мають освіти;

Результати співробітництва у сфері охорони материнського здоров'я: Материнська смертність знизилася на 37% з 2000 року; У Східній Азії, Північній Африці та Південній Азії материнська смертність знизилася приблизно на дві третини; Але коефіцієнт материнської смертності - частка матерів, які не переживають пологи порівняно з тими, хто це робить, - у регіонах, що розвиваються, все ще в 14 разів вище, ніж у розвинених регіонах; Більше жінок отримують антенатальну допомогу. У регіонах, що розвиваються, антенатальна допомога зросла з 65 відсотків у 1990 році до 83 відсотків у 2012 році; Лише половина жінок у регіонах, що розвиваються, отримують рекомендовану кількість медичної допомоги, яка їм потрібна; У більшості регіонів, що розвиваються, все менше підлітків мають дітей, але прогрес сповільнився. Значне збільшення використання контрацептивів у 1990-х роках не було відповідним у 2000-х; Потреба в плануванні сім'ї поступово задовольняється для більшості жінок, але попит зростає стрімкими темпами.

ВІЛ/СНІД, малярія та інші захворювання як основні виклики глобальному здоров'ю: 36,9 мільйона людей у всьому світі жили з ВІЛ у 2017 році; 21,7 мільйона мільйонів людей отримали доступ до антиретровірусної терапії у 2017 році; 1,8 млн людей заразилися ВІЛ у 2017 році; У 2017 році від захворювань на СНІД померло 940 000 людей; 77,3 мільйона людей заразилися ВІЛ з початку епідемії; 35,4 мільйона людей померли від захворювань на СНІД з початку епідемії; Туберкульоз залишається провідною причиною смерті людей, які живуть з ВІЛ, і складає приблизно одну з третіх смертей, пов'язаних із СНІДом; В усьому світі дівчатка-підлітки та молоді жінки стикаються з гендерною нерівністю, відчуженням, дискримінацією та насильством, що ставить їх до підвищеного ризику зараження ВІЛ; ВІЛ є провідною причиною смерті жінок репродуктивного віку у всьому світі; Зараз СНІД є провідною причиною смерті серед підлітків (у віці 10-19 років) в Африці та другою за поширеністю причиною смерті серед підлітків у всьому світі; Понад 6,2 мільйонів смертей від малярії було зафіксовано між 2000 і 2015 роками, головним чином дітей у віці Південної Сахари до піврічного віку. Глобальний рівень захворюваності на малярію впав приблизно за 37 відсотків, а рівень смертності - на 58 відсотків.

Основні цілі в напрямку охорони здоров'я 2030: До 2030 року зменшити глобальний коефіцієнт смертності серед матерів до менш ніж 70 на 100 000 живонароджених; До 2030 року припинити смертність новонароджених та дітей до 5 років, країнам поставити за мету зменшити смертність новонароджених щонайменше до 12 на 1000 народжених та смертність молодших 5 років як мінімум до 25 на 1000 народжених; До 2030 року припинити епідемії СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних захворювань та побороти гепатит, хвороби, які переносяться водою та інші заразні хвороби; До 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від незаразних захворювань шляхом профілактики та лікування та сприяння розвитку психічного здоров'

я та добробуту; Посилити запобігання та лікування наркоманії, включаючи зловживання наркотиками та шкідливе вживання алкоголю; До 2020 року вдвічі зменшиться кількість загиблих та травм у світі від дорожньо-транспортних пригод; До 2030 р. забезпечити універсальний доступ до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи планування сім'ї, інформацію та освіту та інтеграцію репродуктивного здоров'я в національні стратегії та програми; Досягти загального медичного покриття, включаючи захист фінансових ризиків, доступ до якісних основних медичних послуг та доступ до безпечних, ефективних, якісних та доступних для всіх основних медикаментів та вакцин; До 2030 року істотно зменшити кількість смертей та захворювань від небезпечних хімічних речовин та забруднення повітря, води та ґрунту та; Посилити впровадження Рамкової конвенції ВООЗ щодо контролю над тютюном; Підтримувати дослідження та розробку вакцин та лікарських засобів проти інфекційних та неінфекційних захворювань, які в першу чергу вражають країни, що розвиваються, забезпечувати доступ до доступних основних лікарських засобів та вакцин відповідно до Дохійської декларації про Угоду ТРІПС та громадське здоров'я, яка підтверджує право країн, що розвиваються, повною мірою використовувати положення Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності щодо гнучкості для захисту здоров'я населення, і, зокрема, забезпечувати доступ до медикаментів для всіх; Значно збільшити фінансування охорони здоров'я та набору, розвитку, навчання та утримання медичної робочої сили в країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах та малих острівних державах, що розвиваються. Посилити потенціал усіх країн, зокрема країн, що розвиваються, щодо раннього попередження, зменшення ризиків та управління національними та глобальними ризиками для здоров'я.

Концепція глобальних суспільних благ у міжнародному співробітництві і у сфері охорони здоров'я. Дана теорія виходила з положення про наявність

ь якогось економічного простору, де ринок не спрацьовує і провалюється, а для усунення провалів необхідний громадський сектор, який реалізується через систему суспільних благ. Представники теорії суспільного блага розробили безліч варіантів класифікації благ в залежності від різних комбінацій їх властивостей. Розуміння суті того чи іншого блага, його властивостей, місця в загальній системі необхідно для ефективно організації виробництва, розподілу і споживання (в тому числі і соціально значущих благ) як на локальних рівнях, так і в масштабах всього суспільства.

Охорона здоров'я також входить в широкий спектр суспільних благ. Життєві блага, одержувані споживачами в результаті функціонування системи охорони здоров'я, виражаються у формі послуг, які представляють собою нематеріальний продукт в економічному сенсі цього слова, а блага особливого роду. Головна особливість фінансів охорони здоров'я базується перш за все, в тому, що їх в чистому вигляді не можна віднести ні до сфери публічних фінансів, ні до сфери фінансів організацій [5, с. 25]. Послуги охорони здоров'я не можна віднести ні до суспільних благ, ні до приватних послуг в чистому вигляді, вони займають проміжне місце і відносяться до змішаних благ, що мають індивідуальну і соціальну корисність, а також статус «Обов'язкового споживання».

Термін «глобальні суспільні блага» почав зустрічатися в науковій літературі в кінці ХХ ст. Ретельному вивченню концепція вперше піддалася в книзі «Глобальні суспільні блага: міжнародне співробітництво в ХХІ столітті», виданої в 1999 р Програмою розвитку ООН. Проведена дискусія про концепцію торкнулася широких експертних груп і привела до появи цілого ряду публікацій, включаючи ще дві книги Програми розвитку ООН: «Забезпечуючи глобальні суспільні блага. Керуючи глобалізацією»(2003) і «Нові публічні фінанси. Відповідаючи на глобальні виклики»(2006). У цих книгах автори с

пробували конкретизувати як саму концепцію, так і свої пропозиції [6, с. 39].

Згодом концепція багаторазово піддавалася ретельному вивченню і розгляду в різних наукових і політичних колах, але через постійно виникаючі протиріччя в сприйнятті концепції між країнами використання терміну «глобальні суспільні блага» було виключено з офіційних документів. Однак країни, які були зацікавлені в просуванні концепції, заснували в 2003 р Міжнародний комітет з глобальних суспільних благ. Ця організація проіснувала 4 роки і як результат своєї діяльності в 2006р. опублікувала доповідь «Відповідаючи на глобальні виклики: міжнародне співробітництво в національних інтегресах». У ньому були виділені 6 ключових глобальних суспільних благ: запобігання появи і поширення інфекційних хвороб, боротьба зі зміною клімату, підтримка міжнародної фінансової стабільності, посилення міжнародної торгової системи, досягнення миру і безпеки, накопичення знань [6, с. 39]. Таким чином, надання медичної допомоги, боротьба з хворобами і підвищення медичних стандартів є глобальними суспільними благами, але надання цих благ неможливо без створення ефективних інститутів на всіх рівнях глобального управління.

Концепція глобальних суспільних благ викликає багато суперечок, так як більшість країн не можуть знайти ефективний інструментарій для співпраці, оскільки спостерігаються істотні відмінності між країнами в розумінні проблеми. В першу чергу, непереборною перешкодою до міжнародної співпраці стає геополітична й ідеологічна ворожнеча найбільших держав і їх сателітів: в ХХ в. яскравими прикладами таких протистоянь стали спочатку Німеччина, Франція і Великобританія, а потім СРСР і США. Це призводило до великих труднощів для наукових досліджень в галузі охорони здоров'я, транспортування хворих і накопиченню лікувального досвіду при лікуванні особливо небезпечних і складних захворювань. Великою прогалиною в взаємодії є р

ізниця в економічному розвитку країн. Проблема полягає головним чином у здатності і бажанні більш розвинених країн добровільно відмовлятися від частини своїх фінансових ресурсів і фінансувати охорону здоров'я країн, що розвиваються.

На складність у визначенні обсягів фінансової допомоги і співпраці між країнами також впливає той факт, що існують регіональні інфекції та хвороби, які поширюються в певних кліматичних умовах або при наявності певного носія (тварини, птиці або риби і т. д.) цієї інфекції або бактерії. А тоді гостро стоїть питання розподілу витрат між країнами, пов'язаних з наданням допомоги і гасінням осередків інфекції.

У наданні медичної допомоги та розвитку медицини не останню роль грають національні традиції, релігійні мотиви, етнічні відносини і політична модель країни. Наприклад, в Саудівській Аравії і деяких інших країнах Близького Сходу чоловікам-лікарям заборонено надавати жінкам послуги з ведення вагітності та народження, а жінок-лікарів не існує в силу заборони на їх навчання у вищих навчальних закладах. Через це на території держави складається певна система охорони здоров'я зі своїми особливостями фінансування окремих напрямків медичних послуг.

Згідно з нашим дослідженням, в тенденціях останнього часу крім держав на міжнародну арену виходять інші учасники - міжнаціональні, регіональні інтеграції, міжнародні корпорації, гуманітарні організації. У роботі з ними, визначенні ролі та їх впливу на міжнародні відносини виникають певні труднощі.

Забезпечення доступу до медичних послуг є ключовою складовою міжнародно визнаного "права на здоров'я". Виходячи з міжнародного права людини на здоров'я, від держав вимагається реалізовувати право на охорону здоров'я на національному рівні. Важливими мірками цієї реалізації є вищезгадані керівні принципи, які застосовуються стосовно всіх медичних послуг, які



вимагають, щоб медичні послуги були наявними, доступними, прийнятними та якісними для всіх, хто проживає на їх території. Виникають складні питання щодо того, які послуги слід надавати та де провести межу, наприклад, якщо мова йде про більш спеціалізовану допомогу, заклади охорони здоров'я у віддалених районах та осіб, які не користуються медичним страхуванням. Хоча проблеми та потреби в охороні здоров'я в розвинених країнах та країнах, що розвиваються значною мірою відрізняються, на більш абстрактному рівні в них виникають дуже схожі питання, наприклад, щодо розподілу (обмеженого) бюджету справедливим та ефективним способом, враховуючи потреби різних груп населення, а також індивідуальні потреби.

Деякі з цих питань мають транснаціональний аспект, наприклад, коли йдеться про доступність медикаментів у країнах, що розвиваються, та все більше розширення транскордонної медичної допомоги та фінансування. Це ставить питання про те, які суб'єкти мають зобов'язання реалізувати право на здоров'я. Хоча держава несе основну відповідальність за реалізацію права на здоров'я, розвинені держави та міжнародні організації можуть нести відповідальність за реалізацію права на здоров'я в країнах, що розвиваються. Крім того, фармацевтична галузь, медичні страхові компанії та постачальники медичних послуг, враховуючи владу та вплив, який вони здійснюють на здоров'я та добробут людей, також можуть вважатись відповідальними за право на здоров'я.

Як було запропоновано нами вище, права пацієнтів також є складовою міжнародного законодавства про охорону здоров'я. У праві з прав людини права пацієнтів все частіше визнаються та враховуються. Як результат, сфера прав пацієнтів стає добре усталеною галуззю права людини з власними особливостями. Права пацієнтів зосереджуються конкретно на відносинах між надавачем медичних послуг та його пацієнтом. Цей взаємозв'язок досить часто характеризується дисбалансом сил, оскільки, загалом кажучи, медичний п

рацівник має інформацію та навички, яких не вистачає пацієнту. Більше того, постачальник медичних послуг має привілей торкатися та вторгуватися в тіло пацієнта, тим самим ставлячи пацієнта у вразливе становище. З точки зору європейського права людини Європейський суд з прав людини (ЄСПЛ) відіграє важливу роль у з'ясуванні того, як права людини застосовуються в установах охорони здоров'я. Загалом, заборона катувань та нелюдського та принизливого поводження, як це викладено в декількох міжнародних стандартах в галузі прав людини, все частіше використовується як стандарт захисту в медичних установах.

Окрім охорони здоров'я, міжнародне законодавство про охорону здоров'я повинно також займатися забезпеченням основних факторів здоров'я, включаючи такі питання, як доступ до безпечної питної води та санітарія, інформація, пов'язана зі здоров'ям, охорона навколишнього середовища та охорона праці. Загально визнано, що причини поганого здоров'я та нерівності у здоров'ї виходять далеко за межі можливості доступу до медичних послуг. У відомому "дослідженні Уайтхолла", проведеному у Сполученому Королівстві в 1960-х роках, у службовців державної служби в чотири рази більше шансів померти молодими, ніж у державних службовців з вищими посадами, але з тим самим доступом до медичних послуг.[30] Експерти з охорони здоров'я використовують термін "соціальні детермінанти здоров'я", який означає, що наше загальне середовище життя та структури суспільства в цілому є визначальними умовами нашого здоров'я.

У 2008 році Комітет ВООЗ з питань Соціальних Детермінантів Здоров'я (КСДЗ) опублікував вирішальний звіт, в якому встановив, що нерівності у здоров'ї виникають через нерівномірний розподіл влади, доходів, товарів і послуг та через обставини, в яких люди живуть, включаючи їх доступ до охорони здоров'я, освіти, умов праці та дозвілля, своїх будинків та громад. КСДЗ чітко звертається до міжнародної спільноти з прав людини, роблячи вис

новок, що «Виправити ці нерівності - величезні відмінності в галузі охорони здоров'я між країнами та всередині них - питання соціальної справедливості. Зменшення нерівностей у здоров'ї - це ... етичний імператив. Соціальна несправедливість вбиває людей великими масштабами.»[38]

Важливі проблеми полягають у дослідженні того, як соціальні детермінанти здоров'я можуть бути вирішені з погляду прав людини та міжнародного права в цілому. Частково рішення може полягати в з'єднанні різних прав людини разом. Знання того, що способи, які постають перед нами, над яким ми працюємо та вивчаємо, є вирішальними для нашого здоров'я, передбачає розгляд того, як право на здоров'я пов'язане з іншими правами, пов'язаними зі здоров'ям, включаючи права на освіту, житло та роботу, які відображають такі цінності, як хороша якість освіти адекватні норми праці. Цей підхід відповідає поняттю "неподільності, взаємозалежності та взаємопов'язаності" в сіх прав людини, як це було підтверджено у Віденській декларації та програмі дій, прийнятих у 1993 році.

Пов'язаним викликом з міжнародним законодавством про охорону здоров'я є різке глобальне зростання хронічних або незаразних захворювань (НЗЗ), таких як рак, діабет, респіраторні захворювання та серцево-судинні захворювання. НЗЗ припадали на 65 відсотків від загальної смертності в 2010 році, а протягом останнього десятиліття вони збільшаться на 17 відсотків. Неінфекційні хвороби будуть непропорційно зростати в країнах з низьким та середнім рівнем доходу протягом наступних 20 років, що, як очікується, посилить бідність та зменшить економічне зростання. Оскільки хронічні захворювання досить часто пов'язані зі стилем життя, так, уряди повинні намагатися впливати на структуру споживання населення, або, іншими словами, чи слід «підштовхувати» своє населення до здорової поведінки. На внутрішньому рівні уряди все більше намагаються регулювати певні аспекти продуктів харч

ування та напоїв, такі як реклама, упаковка, розмір і вміст солі, цукру та (транс) жиру.

## **РОЗДІЛ 2. РОЛЬ МІЖНАРОДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В МІЖНАРОДНОМУ СПІВРОБІТНИЦТВІ ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **2.1 Діяльність міжнародних урядових організацій у міжнародно-правовому регулюванні співробітництва держав у сфері охорони здоров'я**

Міжнародне співробітництво у сфері медицини виникло в середині ХІХст в формі контрольного мехнізму за інфекційними захворюваннями. Далі відбувався процес еволюції від двохстороннього співробітництва між державами по боротьбі з інфекційними хворобами, до регіонального співробітництва. В ХХст. проблематика міжнародного медичного права значно розширилася як в об'єктивному, так просторовому та суб'єктивному смислах.

Глобалізація посилила необхідність співробітництва у сфері медицини зусиллями всього світового співтовариства. Це зв'язано з тим, що відбуваються зміни як в самій природі захворювань, так і в шляхах їх розповсюдження. На думку Р. Martens: “зміни в природі захворювань спричинені змінами в політичній та економічній сферах на місцевому, регіональному та глобальн

ому рівнях.”[37] Таким чином, глобалізація викликає проблеми особливого характеру, вирішення яких можливе тільки на глобальному рівні.

Як ми можемо спостерігати, на сьогоднішній час процеси глобалізації впливають на зміни, які відбуваються з колективним здоров'ям. Як результат, географічний масштаб забезпечення та захисту права на здоров'я значно збільшується. Зв'язок між глобальною мобільністю та розповсюдженням інфекційних захворювань, напевне, найбільш відомий “оздоровчий” ефект глобалізації. З плином часу процеси глобалізації активізували вплив на порушення глобальних біогеохімічних циклів та глобальної зміни клімату, та їх згубний вплив на здоров'я людини.

Основним міжурядовим органом у галузі глобальної охорони здоров'я є ВООЗ. Після прийняття та набуття Статуту ВООЗ в 1948 році здоров'я почали сприймати не лише як товар чи послугу, а й як суспільну цінність, фундаментальне добро та право людини. Відповідно до Статуту головним завданням ВООЗ є управління та координація всіх заходів щодо здоров'я на міжнародному рівні. Причому діяльність усіх організацій

вищого рівня здоров'я.

нято «Талліннську хартію: Системи охорони

Європи в Тбілі

ісі у вересні

програми роботи [11].

Досвід міжнарод

допомоги (1978 р.) [37], яка рекоме

допомоги. Також важливе значення мали Люблянська

хартія 1996 р. з ре

ському регіоні ВОО

з [37].

ському регіоні ВООЗ тісно спів

Європейського регіонал

ного комітету ВООЗ для Європи у вересні 2012 року було прийнято Програму «Здоров'я-2020» [19].

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 систем охорони здоров'я є актуальним через потребу впровадження нових підходів та інновацій для покращення здоров'я, а також забезпечення справедливості

якості, зміцнення м

еханізмів фінансування охорони здоров'я

ами ВООЗ.

ВООЗ пропонує свою підтримку в напрямку розвитку нам 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.

Резолюція Ради Європи. Парламентська Асамблея Ради Європи в 2003 році затвердила Рекомендацію «Реформа системи охорони здоров'я в Європі: поєднання справедливості, якості та ефективності» [31], у якій особливу увагу надала зміцненню поваги до прав пацієнтів, зокрема шляхом під

тримання для пацієнтів і зміцнення здатності пацієнта до прийняття рішень та відповідальності за них.

Наступна частина стосується впровадження 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 фундаментал

н-членів [11].

Розглядаючи позицію Європейського Союзу щодо національних сис-

ськог

о Союзу сформулювала вимоги щодо формування та діяльності системи охорони здоров'я «Позиція щодо сучасних, адекватних і стійких систем охорони здоров'я» [19], 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.

Однак через зростаючу глобалізацію до ВООЗ та Ради Європи зараз приєдналися багато гравців. Інші організації, які відіграють ключову роль у міжнародному управлінні здоров'ям, включають Міжнародну організацію праці (МОП), Програму розвитку ООН (ПРООН), Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, малярією та туберкульозом, Світовий банк та Міжнародний валютний фонд (МВФ), банки регіонального розвитку та Світова організація торгівлі. Важливими приватними суб'єктами є представники фармацевтичної галузі, Фонд Білла і Мелінди Гейтс, широкий спектр державно-приватних партнерств, створених для боротьби з інфекційними захворюваннями, а також НУО, включаючи Médecins sans Frontières і Oxfam. Що стосується допомоги у разі стихійних лих та гуманітарної допомоги у надзвичайні ситуації, зокрема, Управління Верховного комісара ООН з питань біженців, Міжнародний комітет Червоного Хреста / Червоного півмісяця та ЮНІСЕФ, а також неурядові організації та національні медичні асоціації мають особливе значення, зокрема допомога біженцям та внутрішньо п



ереміщеним особам відіграє важливу роль. Хоча ці нові організації приносять важливий новий досвід та ресурси, існування такої кількості організацій разом також створює значний рівень неправильної комунікації та відсутність адекватного керівництва та підзвітності. Як центральна організація міжнародного управління в галузі охорони здоров'я, ВООЗ повинна відігравати ключову роль у координації цих організацій. Однак ВООЗ часто критикується за те, що вона не продемонструвала лідерство в цьому плані. Більш конкретно, під час спалаху еболі 2014 року ВООЗ була піддана критиці за заниження масштабів ситуації та за те, що вона не проявила лідерства у вирішенні наслідків спалаху. Слід також зазначити, що ВООЗ не має достатніх ресурсів для вирішення таких глобальних проблем зі здоров'ям. Хоча збори, що сплачуються державами-членами, обмежені, добровільні внески після економічної кризи зменшувалися.

Щоб вирішити дефіцит глобального управління охороною здоров'я, кілька науковців та громадських організацій закликали до зміцнення ВООЗ, до встановлення більш ефективних стандартів у галузі глобального охорони здоров'я та до отримання додаткових ресурсів для вирішення глобальних проблем охорони здоров'я. Що стосується прийняття правових інструментів, глобальна коаліція громадянського суспільства та науковців - Ініціатива спільної дії та навчання з питань національної та глобальної відповідальності за здоров'я (JALI) - сформувала міжнародну кампанію з прихильності до Рамкової конвенції про глобальне здоров'я (РКГЗ). Поряд з цією ініціативою пропонується створити міжнародний фонд охорони здоров'я, який забезпечив би достатню кількість ресурсів для здійснення ефективних міжнародних заходів.

Ці ініціативи є свідченням зростаючого бажання активізувати глобальні зусилля щодо охорони здоров'я.

## **2.2 Місце міжнародних неурядових організацій в регулюванні міжнародного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я**

Міжнародні неурядові організації займають ключову роль в міжнародному співробітництві держав у сфері охорони здоров'я.

Неурядові організації можна класифікувати на організації, що представляють професійні асоціації, і організації, спрямовані на надання медичної допомоги та боротьбу з окремими захворюваннями.

Найбільшою, та найвідомішою організацією, яка представляє професійні асоціації є Всесвітня Медична Асоціація(ВМА).[41] Конституція організації була прийнята на Генеральній Асамблеї ВМА в 1947р. На даний момент ВМА об'єднує понад 80 медичних асоціацій.

Метою ВМА є забезпечення гарантій незалежності лікарів і високих стандартів їх етичної діяльності. Фінансування здійснюється за рахунок щорічних внесків її членів.

ВМА виробила значну кількість декларацій і положень, серед яких: Женевська декларація ВМА 1948 р.; Гельсінкська декларація ВМА 1964р.; Етичні принципи проведення медичних досліджень за участю людей в якості суб'єктів 1964р.; Декларація ВМА про принципи лікарської допомоги у спортивній медицині 1981р.; Мадридська декларація про професійну автономії і самоврядування лікарів 1987р.;

Декларації мають рекомендаційний характер, хоча і є основою регулювання біоетики та міжнародного охороноздоровчого права. Завдяки прийняттю внутрішньодержавних актів, що імплементують положення декларацій і міжнародних регіональних угод, дані норми набувають загальнообов'язковий характер.

Нормотворча діяльність ВМА спрямована також на захист прав пацієнта. У цій сфері ВМА розробляє керівництва, рекомендації та методичні матеріали з медичної етики, приділяючи особливу увагу медичній етиці при проведенні наукових досліджень, з прав пацієнтів, по догляду за пораненими і

хворими в ході збройних конфліктів, за змістом ув'язнених, щодо застосування лікарських засобів, за планування сім'ї, по забрудненню навколишнього середовища і багатьох інших питань, пов'язаних з принципами і правилами організації медичної діяльності;

Діяльність України в ВМА представляється Всеукраїнським лікарським товариством. У жовтні 2008 року під час роботи 59-ої Всесвітньої медичної асамблеї Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ) отримало членство у Всесвітній медичній асоціації.

Міжнародна рада медичних сестер (International Council of Nurses)[21] є об'єднанням національних сестринських організацій з 128 держав. Рада була заснована в 1899 р і стала першою професійною міжнародною організацією в галузі охорони здоров'я. Метою Ради є сприяння підвищенню якості сестринського догляду та розвитку наукових основ сестринської справи. Рада в 1973 р розглянула основні поняття, що використовуються в сестринській справі, і схвалила "Кодекс медсестер". Це найважливіший етичний документ, що визначає норми і правила професійної поведінки медсестер по відношенню до суспільства і пацієнтів у своїй практиці і міжколегіальних взаєминах;

Європейське товариство онкологічних медсестер (European Oncology Nursing Society ) [12] утворено в 1894 р і об'єднує індивідуальних членів і 50 національних організацій з 25 держав Європи. Створено для розвитку і вдосконалення сестринської справи в онкології шляхом участі в проектах, які допомагають медсестрам розвивати свої навички;

Міжнародна федерація фармацевтичних виробників і асоціацій (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations, IFPMA) [12]- міжнародна некомерційна, неурядова організація. Заснована в 1968 р. Федерація представляє інтереси науково-дослідної фармацевтичної промисловості, в тому числі сектора біотехнології. Її членами є провідні міжнародні фармац

евтичні компанії, а також національні та регіональні фармацевтичні промислові асоціації як розвинених, так і країн, що розвиваються.

Метою даної Федерації є вироблення політики, спрямованої на відкриття нових і поліпшення існуючих лікарських засобів, безпечних для життя людини, і сприяння реалізації права людини на доступ до лікарських засобів.

Європейський альянс по громадській охороні здоров'я (European Public Health Alliance, ЕРНА) [12] представляє понад 100 неурядових та інших некомерційних організацій, що займаються питаннями охорони здоров'я в Європі. Завдання Альянсу полягає в пропаганді і захисті інтересів, пов'язаних зі здоров'ям населення Європи, а також у зміцненні співпраці між громадянським суспільством та неурядовими організаціями держав ЄС, спрямованого на підтримку ефективних заходів державної політики в галузі охорони здоров'я.

Другу групу утворюють міжнародні неурядові організації, безпосередня діяльність яких пов'язана з організацією надання медичної допомоги та боротьби з окремими захворюваннями. Серед них:

Лікарі без кордонів (фр. Medecins sans frontieres, MSF) [12] - неурядова міжнародна гуманітарна медична організація по наданню медичної допомоги людям, постраждалим в результаті збройних конфліктів і стихійних лих, епідемій. Організація була заснована в 1971 р в Парижі з метою надання допомоги жертвам збройного конфлікту в Нігерії в 1967- 1970 рр. Є некомерційною самоврядною організацією, що складається з 23 асоціацій, що розташовані в Швейцарії. У 1999 р вона була удостоєна Нобелівської премії миру.

Міжнародний союз по боротьбі з туберкульозом і хворобами легень (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) [21] - некомерційна, недержавна міжнародна організація, створена в 1920р Метою даного Міжнародного союзу є здійснення діяльності, спрямованої на поліпшення здоров'я

людей, які проживають в державах з низьким і середнім рівнем доходу, шляхом боротьби з хворобами легень.

Міжнародний союз проти раку (Union for International Cancer Control) [42] об'єднує понад 300 організацій, що спеціалізуються на боротьбі з раком, в більш ніж 100 країнах. Союз є провідною міжнародною неурядовою організацією, створеною для профілактики онкологічних захворювань та контролю над ними. Заснований в 1933р.

## **РОЗДІЛ 3. УКРАЇНА ЯК УЧАСНИК МІЖНАРОДНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **3.1. Діяльність України в міжнародних організаціях з охорони здоров'я**

Співробітництво України з ВООЗ - одна з важливих складових міжнародного співробітництва, спрямована на забезпечення конституційного права кожного громадянина України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Особливого значення таке співробітництво набуває в умовах глобалізації.

Підходи ВООЗ, згідно з якими здоров'я розглядається водночас як ресурс і мета розвитку та ключ до процвітання, відповідає принципам державної політики України у соціально-економічній галузі. Основні завдання ВООЗ та стратегічні напрямки їх реалізації відповідають інтересам України.

Співробітництво України з ВООЗ здійснюється переважно через Європейське регіональне бюро згідно з рамковими дворічними угодами, що укладаються між Україною та ЄРБ. В угодах визначаються пріоритетні напрямки співробітництва, на які скеровуються кошти, що виділяються з основного бюджету ВООЗ на підтримку заходів на рівні країни.

Роль офісу ВООЗ / Європа - відповідати на запити приймаючої країни щодо підтримки вироблення політики щодо сталого розвитку охорони здоров'я, застосовуючи цілісний підхід до системи охорони здоров'я. Це включає в себе надання керівних принципів, побудову місцевих відносин для здійснення технічної співпраці, створення стандартів та домовленостей, а також забезпечення того, щоб заходи громадського здоров'я були координовані та вживалися під час криз.

Офіс ВООЗ в Україні був створений у червні 1994 р. У Києві для підтримки ефективного зв'язку між ВООЗ / Європою та Україною та для сприяння розвитку ефективного міжнародного співробітництва у галузі охорони здоров'я із широким залученням міжнародної спільноти.

Офіс є центром координації діяльності ВООЗ в Україні. Команда країн і складається з 25 осіб, у тому числі 15 експертів з питань ВІЛ / СНІДу, за хворювань, що запобігаються імунізацією та вакцинацією, здоров'я матері та дитини, незаразних захворювань, боротьби з тютюном, туберкульозом, комунікацій та інформаційних технологій.

Пріоритети Державного офісу визначені у дворічній угоді про співпрацю між ВООЗ / Європою та приймаючою країною. Управління реалізує цю угоду у тісній співпраці з національними установами та міжнародними партнерськими агенціями.

ВООЗ бере активну участь в підтримці жертв конфлікту на Донбасі. З лютого 2014 року ВООЗ проводить провідні операції щодо реагування на надзвичайні ситуації в Україні. Для того, щоб найбільш вразливі громади України отримували підтримку, ВООЗ співпрацює з партнерами із охорони здоров'я, щоб забезпечити:

- послуги первинної медико-санітарної допомоги;
- медикаменти;
- карети швидкої допомоги;
- інші необхідні медичні предмети.

Постійні труднощі в доступі до постраждалих від конфлікту східних районів України, особливо на не підконтрольних територіях, ще більше перешкоджають можливості ВООЗ та партнерів з охорони здоров'я надавати критичні медичні послуги тим, хто їх найбільш потребує.

ВООЗ закликає міжнародне співтовариство мобілізуватися та надати більше медичної допомоги для подолання гуманітарної кризи на сході України.

Революція в Україні (2014 р.) дала шанс здійснити проект глибокої модернізації української держави. Воля до проведення такого грандіозного проекту чітко була заявлена політичними лідерами, і одним із симптомів такої

участі було бажання замінити еліти, які приймають рішення. Шляхом досягнення цієї мети було інтенсивне працевлаштування людей з інших країн на керівні посади в державному управлінні та інших централізовано керованих структурах.

Цей ентузіазм щодо реформування стосується також анахронічної структури системи охорони здоров'я. У 2015 році в якості початкового кроку реформ Україна передала закупівлі вакцин, лікарських засобів та медичного обладнання міжнародним агенціям: Дитячому фонду ООН (ЮНІСЕФ), Програмі розвитку ООН (ПРООН) та некомерційній організації Великобританії Crown Agents.

Також слід зауважити, що Україна тісно співпрацює з різними як міжурядовими та неурядовими організаціями. Ці організації покликані для покращення добробуту осіб які постраждали від конфлікту:

МКЧХ в Україні присутній як нейтральний посередник між сторонами конфлікту, що ставить на меті максимально полегшити життя цивільного населення, що проживає в зоні конфлікту, а також допомогти сторонам конфлікту у вирішенні гуманітарних проблем, що виникли у зв'язку з конфліктом.

Станом на 2017 рік Україні діє сім офісів організації — в Києві, Слов'янську, Северодонецьку, Маріуполі, Донецьку, Луганську та Одесі. Кількість співробітників в українських представництвах — більше 500. По обидві сторони лінії розмежування на сході України МКЧХ надає волонтерську допомогу місцевим мешканцям.

Протягом 2018 року Міжнародний комітет Червоного Хреста доставив на окупований Донбас декілька багатотонних партій гуманітарної допомоги



### **3.2. Стандарти державно-приватного партнерства в сфері медицини як нові можливості для України**

В останні десятиліття в Україні, як і в багатьох країнах світу, потреба суспільства у високоякісних медичних послугах зростає швидше, ніж можливості державних бюджетів. Особливо болісним цей процес є в сфері забезпечення потреб закладів системи екстреної медичної допомоги, де вимоги часу значною мірою випереджають розвиток галузевої інфраструктури. Дисбаланс насамперед стосується транспортного забезпечення, мобільного зв'язку, високотехнологічних методів діагностики та лікування. У багатьох розвинутих країнах (Канада, Великобританія, Австралія, Італія) шляхом прискорення інфраструктурного розвитку об'єктів охорони здоров'я став процес залучення приватного капіталу до багатьох видів господарської діяльності. Набули розвитку різноманітні інфраструктурні моделі, що передбачають надання послуг з проектування, будівництва, експлуатації об'єктів охорони здоров'я та сервісних послуг.

Взаємодія держави та бізнесу є об'єктивною потребою збалансованого розвитку суспільних відносин, а світова практика свідчить, що варіації моделей такої співпраці практично не обмежені. Тим не менше, в Україні інструментарій юридичного оформлення партнерських відносин між державним та приватним партнером перебуває лише на етапі свого становлення.

Партнерські відносини між публічною владою та бізнесом можуть виникати на підставі договорів в рамках публічних закупівель, договорів оренди державного та комунального майна, інвестиційних договорів, договорів про спільну діяльність, концесійних договорів, в рамках приватизаційних відносин тощо. Однак саме проекти державно-приватного партнерства (ДПП) вважаються оптимальним способом довгострокової співпраці, який задовольняє ключові інтереси обох сторін. Окрім того, в рамках відносин ДПП можуть час

тково комбінуватися інструменти оренди, концесії, спільної діяльності, управління залежно від функцій, які передаються приватному партнеру.

Специфічними особливостями проектів ДПП у сфері охорони здоров'я є наступні: заборона скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я (наслідком передачі відповідного об'єкта приватному партнеру не повинна стати втрата можливості надання медичних послуг державним чи комунальним закладами охорони здоров'я); особлива структура суб'єктів відносин, адже сторона державного партнера має бути представлена або на рівні МОЗ (для об'єктів державної власності, що знаходяться в його управлінні) або органів місцевого самоврядування (для об'єктів комунальної власності); необхідність збалансування соціальної та комерційної складової проекту (повернення інвестицій приватного партнера здійснюється, як правило, за рахунок надання платних послуг);

Реформа системи фінансування охорони здоров'я є плацдармом, який створює передумови для втілення незворотних позитивних змін у сфері медичного обслуговування населення. Перехід від фінансування «ліжкомісця» до оплати медичної послуги запроваджує передумови для прозорості ведення господарської діяльності та дозволяє об'єктивно калькулювати реальні можливості для фінансового забезпечення лікарні. Тим не менше, наступним кроком має стати вжиття комплексних заходів щодо оновлення матеріально-технічного оснащення лікарень. Враховуючи той факт, що тариф на медичні послуги не покриває видатки на придбання медичного обладнання, а виділення таких коштів із місцевих бюджетів складно прогнозувати, то з урахуванням усіх цих факторів принципово необхідно максимально розширити наявний інструментарій для залучення альтернативних джерел фінансування інвестиційних проектів у сфері охорони здоров'я, одним із яких є кошти приватного інвестора, що можуть бути залучені в рамках ДПП.

На нашу думку, позитивними сторонами ДПП для сфери охорони здоров'я в Україні є: підвищення якості медичних послуг для населення; можливість залучення коштів приватних інвесторів для розвитку комунальних та державних закладів охорони здоров'я; збереження майна у державній/комунальній власності(пряма заборона на приватизацію); передача новостворених та придбаних в межах ДПП об'єктів в державну/комунальну власність.

Сьогодні державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров'я є поширеною практикою в країнах з різним рівнем економічного розвитку і моделями систем охорони здоров'я. Понад 20 років у багатьох країнах світу широко використовуються проекти державно-приватного партнерства, спрямовані на розвиток у першу чергу інфраструктури закладів охорони здоров'я. Найчастіше об'єктами партнерства стають потужні багатoproфільні лікарні, що мають у своїй структурі високотехнологічні підрозділи. Поширеними та економічно-ефективними є моделі партнерства DBFO(приватна компанія розробляє і будує медичний заклад відповідно до вимог і стандартів, затверджених органами влади, а також фінансує капітальні витрати і здійснює управління об'єктом) та DBFM(даний вид контрактів передбачає додаткове надання неклінічних послуг, в тому числі окремих (прибирання, логістика, безпека тощо)). Запровадження зазначених інфраструктурних моделей державно-приватного партнерства в діяльність закладів екстреної медичної допомоги в Україні може бути дієвим інструментом зменшення частки неринкового сектора в галузі охорони здоров'я з одночасним підвищенням ефективності державного управління.

## **ВИСНОВКИ**

1. Досліджуючи історію співробітництва держав у сфері охорони здоров'я, слід відзначити, що почавшись в середині XIX ст. міжнародне співробітництво держав у сфері боротьби з епідеміями заклало фундамент подальшому становленню та розвитку Глобального права охорони здоров'я (Global Health Law) - нової галузі міжнародного права, яка, на думку М.Беленджера, є необхідним елементом і логічним вектором глобалізації права.[13] Перші са

нітарні конференції, які об'єднали розвинуті країни Європи єдиною метою - захист їх кордонів від висококонтагіозних захворювань, зіграли важливу роль в зародженні та еволюції міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я. Також, з моменту Першої санітарної конференції і до Першої світової війни було засновано три міжнародні організації з охорони здоров'я: Пан-Американське санітарне бюро, 1902 рік (ПАСБ), Міжнародне бюро громадської гігієни (МБГГ), 1907 рік, Організація охорони здоров'я Ліги Націй (ООЗЛН) 1923 рік. Аж до створення універсальної міжнародної організації з охорони здоров'я - ВООЗ спроби держав, міжнародних організацій в сфері охорони здоров'я (ПАСБ, МБГГ, ООЗЛН) налагодити конструктивне міждержавне співробітництво і виробити ефективні заходи боротьби з інфекційними, неінфекційними та виробничими захворюваннями були половинчатими та нездійсненними. Це пояснюється, перш за все, небажанням держав брати на себе широкі міжнародні зобов'язання у сфері публічної охорони здоров'я, що стало наслідком політики класичного реалізму; атмосферою ворожості та милітаризації, яка панувала в Європі та у всьому світі до створення ООН, тобто питання охорони здоров'я не ставились як пріоритетні завдання; брак медичних знань про природу захворювань - науково-технічний прогрес тільки виднів на горизонті і тп. Дослідивши це питання з впевненістю стверджуємо, що не слід недооцінювати ініціативи держав ХІХ ст., оскільки вони стали рушійною силою для медичної та організаційної кооперації держав в ХХ-ХХІ ст.

2. Вступивши в ХХІ ст, людство кожного дня зтикається з питанням виживання, яке прямо пов'язано з необхідністю покращити якість життя населення планети. Стикнувшись з проблемами глобального характеру, країни дійшли до висновку, що найважчим завданням на сьогодні є вирішення цих проблем на локальному рівні. Якщо бути точнішими, глобальні проблеми майже не можливо вирішити на внутрішньодержавному рівні. Процеси глобаліза

ції та інтеграції привели до взаємозалежності деяких держав, і тому більшість найбільш складних проблем людства потрібно вирішувати спільно, на всіх рівнях міжнародного співробітництва - на рівні союзів, міжнародних організацій та міждержавного співробітництва. Саме тому, міжнародній спільноті слід налагодити ефективні механізми координації дій із запобігання та боротьби з наслідками нових викликів та загроз, які завдають шкоди людському здоров'ю. Це можна здійснити тільки за участі міжнародних урядових та міжнародних неурядових організацій.

3. Аналізуючи співробітництво держав у сфері медицини на сучасному етапі, слід зазначити, що в багатьох країнах відбуваються процеси реформування систем охорони здоров'я та пошуку шляхів найбільш ефективного використання наявних ресурсів. Міжнародне співробітництво дозволить дещо полегшити ці процеси, створити стимули для обміну досвідом, а також сформувати умови для залучення додаткових джерел фінансування. Протягом останніх 20 років було закладено тільки базові параметри цих процесів. На розвиток цих процесів вплине те, як світ вийде із теперішньої кризи.

Досліджуючи роль міжнародних організацій, необхідно зауважити, що процеси глобалізації привели до того, що забезпечення стійкого здоров'я як колективного, так і індивідуального не може бути вирішене виключно виходячи з інтересів одного індивіду чи національних інтересів однієї держави, воно потребує врахування інтересів як соціуму так і міжнародного співтовариства. Але при цьому необхідно враховувати індивідуальні та національні інтереси, і в цьому криється суть проблеми "єдність та протиріччя" між індивідуальними і колективними, національними та глобальними. До цієї проблеми необхідно підходити через призму охорони здоров'я як "цінності", тому збереження здоров'я людини в умовах глобалізації є більш складною і широкую проблемою, ніж питання приватної медицини, що і обумовлює пріоритет універсального міжнародно-правового співробітництва. Процеси глобалізації

повною мірою стикаються з інтересами всіх країн, особливо у сфері медичної безпеки. В цих умовах міжнародне медичне співробітництво міжнародних організацій стає не тільки корисним, але і необхідним для подальшого розвитку політики держав у сфері безпеки людини і “глобальної охорони здоров’я”. Розглянувши діяльність таких урядових організацій як ВООЗ та Рада Європи, можемо з впевненістю сказати, що ці організації відіграють ключову роль в співробітництві держав у сфері охорони здоров’я. Вони надають всесторонню допомогу країнам-членам у вдосконаленні систем охорони здоров’я. Надаючи рекомендації та укладаючи різноманітні договори, міжнародні організації створюють сприятливе підґрунтя для подальшої співпраці у сфері медицини. Але в силу недостатності фінансування та нестачі робочих та матеріальних ресурсів, ці організації не справляються з усіма проблемами та викликами у сфері охорони здоров’я. Тому, їм на допомогу приходять інші універсальні та регіональні урядові організації, які відіграють ключову роль у міжнародному управлінні здоров’ям, такі як Міжнародна організація праці (МОП), Програма розвитку ООН (ПРООН), Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, малярією та туберкульозом, Світовий банк та Міжнародний валютний фонд (МВФ), банки регіонального розвитку та Світова організація торгівлі. Важливими приватними суб'єктами є представники фармацевтичної галузі, Фонд Білла і Мелінди Гейтс, широкий спектр державно-приватних партнерств, створених для боротьби з інфекційними захворюваннями.

4. Системи охорони здоров'я повинні базуватися на рівності, якості та соціальній відповідальності. Для поліпшення стану здоров'я в малозабезпечених країнах важливо, щоб національні служби охорони здоров'я мали змогу надавати безкоштовне та якісне медичне лікування, та мало достатньо компетентного медичного персоналу. З цією метою створюються міжнародні неурядові організації у країнах, що розвиваються. Присутність таких організацій

може мати позитивний вплив, оскільки основною метою таких організацій є розвиток системи охорони здоров'я шляхом обміну досвідом між медичним персоналом в різноманітних сферах медицини та фармацевтики. Такі організації як ВМА, Міжнародна Рада медичних сестер, Міжнародна федерація фармацевтичних виробників і асоціацій та інші є ваговою складовою механізмом у міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я.

5. Досліджуючи діяльність України в міжнародних організаціях з охорони здоров'я, слід відзначити високу активність української сторони в міжнародному співробітництві в галузі охорони здоров'я, особливо в рамках ВООЗ. Україна залучалася до розробки низки договірних та стратегічних документів ВООЗ, у тому числі Рамкової Конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну, резолюцій Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. Взаємодія з Міжнародною федерацією товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця чимало свідчить про готовність української сторони до оперативних дій в умовах епідемії «пташиного» грипу.

Заклади охорони здоров'я наголошують на необхідності суворого управління фінансуванням, підвищення показників операційної діяльності та результатів надання медичних послуг, а також розробки інноваційних рішень. Все це дасть можливість підвищити якість надання медичної допомоги, скоротити витрати, уникнути зниження маржі та створити узгоджену структуру витрат і моделей медичного обслуговування відповідно до актуальних тенденцій та моделей оплати медичних послуг. Окрім того, успішному розвитку галузі сприятимуть укріплення партнерських відносин між державою та приватним сектором, інвестування у заходи з попередження хвороб та охорони здоров'я населення, а також вивчення практик і використання досвіду інших галузей. Лише за допомогою процесу, керованого країною можна буде забезпечити універсальний доступ до якісної індивідуальної допомоги та профілактики, яка вселяє довіру до національної системи охорони здоров'я, здатної про



тистояти спалахам та новим надзвичайним ситуаціям. У таких умовах функціональний та стійкий сектор охорони здоров'я може допомогти консолідувати і регіональну співпрацю та досягти більших можливостей для виходу з нестабільності.

6.Сьогодні державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров'я є поширеною практикою в країнах з різним рівнем економічного розвитку і м оделями систем охорони здоров'я. Понад 20 років у багатьох країнах світу широко використовуються проекти державно-приватного партнерства, спрямовані на розвиток у першу чергу інфраструктури закладів охорони здоров'я.

На нашу думку, позитивними сторонами ДПП для сфери охорони здоров'я в Україні є: підвищення якості медичних послуг для населення; можливість залучення коштів приватних інвесторів для розвитку комунальних та державних закладів охорони здоров'я; збереження майна у державній/комунальній власності(пряма заборона на приватизацію); передача новостворених та придбаних в межах ДПП об'єктів в державну/комунальну власність.

## Список використаних джерел

1. : примеры международного сотрудничества [Электронный ресурс]. Режим доступа: [p1.hse.ru/science /isiez/texts/bashinski.doc](http://p1.hse.ru/science/isiez/texts/bashinski.doc)
2. Блум Д.И. Управление глобальным здравоохранением [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/rus/2007/12/pdf/bloom\\_RUS.pdf](http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/rus/2007/12/pdf/bloom_RUS.pdf)
3. Буроменський М. В. Міжнародне право: Навч. посібник/ за ред. М. В. Буроменського. К.: Юрінком Інтер, 2005. 336 с.
4. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я [Електронний ресурс]. Режим доступу: [www.who.int](http://www.who.int)
5. Горев В. П. Экономика России в системе международных - / В. П. Горев. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2010. — 161 с.

6. Медведев С. Концепция глобальных общественных благ: возможности и ограничения / С. Медведев, И. Томашов // *Мировая экономика и международные отношения*. — 2010. — № 12. — С. 38–40.
7. Медик В.А., Юрьев В.К. *Общественное здоровье и здравоохранение: учебник*. М., 2010. с. 288
8. Нетесов С.В. *Перспективные направления международного сотрудничества в области биобезопасности и контроля над распространением биологических материалов*. М., 2005. С. 7
9. *Влияние государства на постсоветском пространстве в сфере здравоохранения* / С. И. Помазкова // *Международное публичное и частное право*. — 2011. — № 5. — С. 31–34.
10. Помазкова С. И. *Проблемы соотношения международного и национального права в сфере здравоохранения* / С. И. Помазкова // *Международное публичное и частное право*. — 2011. — № 3. — С. 33–36.
11. 37.  
н-членів : Рекомендація 1959 (2011) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/tal1/ERE/C1959.htm>
12. Хендель Н. В. *Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.11* / Наталія Володимирівна Хендель; В.о. Нац. ун-т "Одеська юридична академія". Одеса: Б.в., 2014. с. 20
13. *Human Rights and the Environment*. Cambridge  
e: Cambridge Scientific Publishers, 2011. 158 p.
14. Charles C Beitz, *The Idea of Human Rights* (OUP, Oxford, 2009) 137.
15. *The Cochrane Collaboration* [Електронний ресурс]. Режим доступу: // [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)

16. David Fidler. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy / D. Fidler. Bulletin of the WHO, 2001, 79: 842-849.
17. Elizabeth Wicks, Human Rights and Healthcare (Hart, Oxford and Portland, 2007), referring to Kennedy, Treat Me Right: Essays in Medical Law and Ethics (Clarendon Press, Oxford, 1991) 387.
18. European Committee of Social Rights (Council of Europe), Collective Complaints Procedure [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Complaints/Complaints\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Complaints/Complaints_en.asp)
19. 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/lsa/140004.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/140004.pdf).
20. General Act of the Brussels Conference Relating to the African Slave Trade, 2 July 1890. Consolidated Treaty Series, 1890. 173: 293-324.
21. Global health [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/Global-Health/Background-Brief.aspx>
22. Gerhard Hafner, Pros and Cons Ensuing from Fragmentation of International Law, 25 Mich J Intl L (2003–2004) 845.
23. 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).
24. Helen Potts, Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health, University of Essex Human Rights Centre/Open Society Institute [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://repository.essex.ac.uk/9717/1/accountability-right-highest-attainable-standard-health.pdf>

25. Howard-Jones N. The scientific background of the Sanitary Conferences . 1851-1938. Geneva. WHO, 1975.
26. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes (1981) [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf); Global Code of Practice on the Recruitment of Health Personnel (2010) Режим доступа: [http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO\\_global\\_code\\_of\\_practice\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf)
27. Jennifer Jolly. The evolution and development of international health collaboration / J. Jolly. The University of British Columbia, 1987, 156 p.
28. Kinney E. D. Health care financing and delivery on the United States, Mexico, and Canada: establishing intentional principles for sound integration / E. D. Kinney // Wisconsin International Law Journal. — 2009. — No 3. — P. 935–965.
29. Lee K., Dogston R. Globalization and cholera: implications for global governance. Global Governance, 2000. 6: 213-236.
30. Michael Marmot, The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity (Henry Holt and Company, New York, 2004) 38–39
31. Porter D. Health, civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times. London, Routledge, 1999. 367 p.
32. Preamble to the Constitution of the World Health Organization, adopted 22 July 1946 (entry into force 7 April 1948)
33. Smith S., Baylis J. Introduction. In: Smith S, Baylis J, eds. The globalization of world politics. Oxford, Oxford University Press, 1997. 1-11.
34. [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).

35. 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).
36. 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).
37. WHO, Declaration of Alma-Ata, Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, 'Health for All' Series No 1, WHO, Geneva/New York, 1978
38. WHO, Fifty-Eight World Health Assembly, Revision of the International Health Regulations, W.H.A. Doc. 58.3 (May 23, 2005) [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/index.html>
39. WHO, International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes (1981) [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf); Global Code of Practice on the Recruitment of Health Personnel (2010) Режим доступа: [http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO\\_global\\_code\\_of\\_practice\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf)
40. WHO, Return to Alma-Ata, 2008 [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/dg/20080915/en/>
41. World Medical Association, [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.wrna.net/en/10home/index.html>
42. Union for International Cancer Control, [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.uicc.org/>

