

УДК 341.231.14:614

І.В. Кадуха

ORCID 0009-0002-6588-7768

МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ КОНТРОЛЮ ЗА ВИКОНАННЯМ ОБОВ'ЯЗКІВ ДЕРЖАВ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

У статті визначено систему міжнародного контролю за виконанням обов'язків держав по забезпеченню права на охорону здоров'я, яка є складною, поліцентричною та функціонально диференційованою мережею без єдиного ієрархічного центру. Встановлено підсистеми досліджуваної системи міжнародного контролю. Аргументовано важливу роль недержавних акторів у досліджуваних механізмах.

Особлива увага у статті приділена основним проблемам міжнародно-правових механізмів контролю за виконанням обов'язків держав по забезпеченню права на охорону здоров'я. Зазначено, що першою проблемою є інституційна розпорошеність, нормативна фрагментація, відсутність чіткої координації між органами системи ООН та ВООЗ. Другою фундаментальною проблемою є «парадокс юридичної сили»: більшість актів контрольних органів (заклучні зауваження, рекомендації УПО, доповіді) мають рекомендаційний, а не юридично обов'язковий характер. Третя проблема полягає в асиметрії інформаційних потоків – надмірній залежності від самозвіттування держав, що створює ризик надання неповної або викривленої інформації. Зазначається, що вирішення виявлених проблем вимагає комплексного підходу, який, зважаючи на обмежені можливості впливу окремої держави на глобальні процеси, має зосереджуватися насамперед на вдосконаленні національних механізмів імплементації міжнародних стандартів.

У статті сформульовано пропозиції, які стосуються удосконалення міжнародно-правових механізмів контролю за виконанням обов'язків держав по забезпеченню права на охорону здоров'я. По-перше, пропонується створення Національного механізму звітності та імплементації у сфері прав людини. По-друге, нагальною є потреба у прискоренні розробки та ухваленні Медичного кодексу України, який має стати інструментом системної імплементації міжнародних стандартів у національне правове поле.

Ключові слова: міжнародно-правові механізми, контроль, право на охорону здоров'я, Всесвітня організація охорони здоров'я, Всесвітня асамблея охорони здоров'я, Міжнародні медико-санітарні правила.

DOI 10.34079/2518-1319-2025-15-30-80-91

Постановка проблеми. Становлення та розвиток міжнародного права прав людини у другій половині ХХ століття ознаменувалися юридичним закріпленням низки фундаментальних прав, серед яких право на охорону здоров'я посідає особливе місце, виступаючи не лише як самостійна цінність, а й передумова для реалізації всього спектру прав людини. Його концептуальне оформлення, що випереджає навіть Загальну декларацію прав людини (далі – ЗДПЛ), відбулося у Преамбулі до Статуту ВООЗ 1946 року, де проголошувалося, що «володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним з основних прав кожної людини без різниці раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального становища» (Constitution of the World Health Organization,

1946). Це визначення, що трактує здоров'я не просто як відсутність хвороб чи фізичних вад, а як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя», заклало підвалини для широкого розуміння даного права, яке виходить за межі суто медичної допомоги та охоплює широкий спектр соціально-економічних факторів, що сприяють створенню умов для здорового життя (Ramalingaswani, 1979, с. 138-141). Подальшого розвитку ця норма набула у статті 25 ЗДПЛ, яка визнає право на медичний догляд як частину права на адекватний життєвий рівень (Організація Об'єднаних Націй, 1948), та, що найважливіше, у статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права 1966 р. (далі – МПЕСКП), яка є найбільш вичерпним договірним положенням щодо права на здоров'я в універсальному міжнародному праві (Організація Об'єднаних Націй, 1966). Визнання права на здоров'я як юридично значущої категорії, а не лише як політичної декларації, неминуче породжує питання про зміст кореспондуючих зобов'язань держав та, відповідно, про необхідність створення дієвих механізмів контролю за їх виконанням.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Такі науковці як М.В. Долгіх, М.О. Медведєва та Н.В. Хендель приділяли у своїх наукових працях увагу окремим питанням міжнародно-правового механізму контролю за виконанням обов'язків держав по забезпеченню права на охорону здоров'я. Проте у вітчизняній юридичній науці досі не вироблено системного підходу для дослідження зазначеного механізму.

Метою статті є аналіз міжнародно-правових механізмів контролю за виконанням обов'язків держав по забезпеченню права на охорону здоров'я та вироблення пропозицій щодо удосконалення законодавства України у цій сфері.

Виклад основного матеріалу. У сучасній доктрині міжнародного права прав людини утвердилася трикомпонентна структура зобов'язань держав, що повною мірою стосується і права на охорону здоров'я: зобов'язання поважати, захищати та виконувати (Bayer, Caplan, Daniels, 1983, с. 161-183). Зобов'язання поважати вимагає від держав утримуватися від будь-яких дій, що прямо чи опосередковано перешкоджають реалізації права на здоров'я, як-от прийняття дискримінаційного законодавства, відмова у наданні медичної допомоги певним групам населення чи застосування нелюдського поводження. Зобов'язання захищати покладає на державу обов'язок вживати заходів для запобігання порушенням права на здоров'я з боку третіх осіб, зокрема шляхом регулювання діяльності приватних медичних закладів, фармацевтичних компаній, страхових компаній та підприємств, що можуть завдавати шкоди довкіллю (Ottawa charter for health promotion, 1986). Нарешті, зобов'язання виконувати є позитивним обов'язком держави вживати активних заходів – законодавчих, адміністративних, бюджетних, судових та інших – для повної реалізації права на здоров'я. Це зобов'язання, у свою чергу, поділяється на обов'язок сприяти, забезпечувати та заохочувати. Саме існування цих позитивних зобов'язань, що вимагають від держави активних та цілеспрямованих дій, об'єктивно зумовлює необхідність міжнародного контролю. Без такого контролю, заснованого на фундаментальному принципі міжнародного права *pacta sunt servanda*, міжнародні зобов'язання ризикують перетворитися на декларації про наміри, позбавлені реальної юридичної сили. Таким чином, система міжнародного контролю є невід'ємним елементом самого механізму міжнародно-правового регулювання права на охорону здоров'я, що забезпечує його дієвість та запобігає ерозії міжнародно-правових стандартів.

Центральне місце у системі контролю за дотриманням права на охорону здоров'я на універсальному рівні посідають договірні органи ООН, створені на підставі міжнародних договорів у сфері прав людини. Провідну роль серед них відіграє Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав (далі – КЕСКП), який здійснює нагляд

за виконанням державами-учасницями положень МПЕСКП (ОНСНР, n.d.). Основним інструментом контролю в рамках діяльності КЕСКП є розгляд періодичних доповідей держав, що подаються відповідно до статей 16 та 17 МПЕСКП (Refworld, n.d.). У цих доповідях держави зобов'язані звітувати про вжиті ними заходи та про прогрес у реалізації прав, визнаних у МПЕСКП, включно з правом на здоров'я. Процедура розгляду доповідей є формою «конструктивного діалогу» між КЕСКП та державою, за результатами якого КЕСКП ухвалює «Заключні зауваження» (Hunt, Backman, et al., 2020). Ці зауваження містять аналіз позитивних аспектів виявлених проблем та конкретні рекомендації державі щодо подальших кроків для покращення ситуації. Хоча Заключні зауваження формально не є юридично обов'язковими, вони мають значний моральний та політичний авторитет і слугують важливим орієнтиром для національних урядів, парламентів, судів та громадянського суспільства.

Новим етапом у розвитку контрольних механізмів стало прийняття у 2008 році Факультативного протоколу до МПЕСКП, який набув чинності у 2013 році (United Nations, 2009). Цей протокол запровадив процедуру індивідуальних та міждержавних скарг, а також процедуру розслідування. Можливість подання індивідуальних скарг до КЕСКП щодо порушення права на здоров'я значно посилює механізм захисту, перетворюючи його з суто моніторингового на квазісудовий. Поряд із договірними органами, важливим елементом контролю в системі ООН є механізм Універсального періодичного огляду (далі – УПО), запроваджений Радою ООН з прав людини у 2006 році (World Health Organization (WHO), 2018). УПО є унікальним процесом, в рамках якого правозахисна ситуація в усіх державах-членах ООН перевіряється кожні 4,5 роки. Це механізм горизонтального або перехресного контролю, при якому держави оцінюють одна одну. Огляд базується на трьох документах: національній доповіді держави, що проходить огляд; компіляції інформації з документів договірних органів ООН та спеціальних процедур, підготовлених Управлінням Верховного комісара ООН з прав людини; резюме інформації, наданої іншими зацікавленими сторонами, зокрема неурядовими організаціями (Melbourne Law School, n.d.). Хоча УПО має більш політизований характер порівняно з діяльністю експертних комітетів, питання охорони здоров'я регулярно стають предметом рекомендацій, що свідчить про їх високу пріоритетність у міжнародному порядку денному.

Нарешті, не можна оминати роль спеціальних процедур Ради ООН з прав людини, зокрема мандат Спеціального доповідача з питання про право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, заснований у 2002 році (Office of the High Commissioner for Human Rights, n.d.). Спеціальний доповідач, як незалежний експерт, здійснює моніторинг ситуації у світі, готує тематичні доповіді для Ради з прав людини та ГА ООН, проводить візити до країн на їхнє запрошення та надсилає державам повідомлення щодо ймовірних порушень права на здоров'я. Діяльність Спеціального доповідача, що охоплює такі теми, як психічне здоров'я, доступ до ліків, права медичних працівників та вплив расизму на здоров'я, забезпечує гнучкий та оперативний моніторинг, привертаючи увагу до нагальних проблем.

Якщо система ООН забезпечує загальний правозахисний контроль, то ВООЗ виступає як центральний спеціалізований механізм, що володіє унікальними повноваженнями та інструментами у сфері охорони здоров'я. Основні повноваження ВООЗ закріплені у її Статуті 1946 року та надають їй мандат на здійснення глобального моніторингу стану здоров'я населення, розробку та реалізацію міжнародних стандартів, а також надання технічної допомоги державам-членам (Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я, 1946).

Одним із найпотужніших та унікальних за своєю юридичною природою

інструментів контролю в арсеналі ВООЗ є міжнародні медико-санітарні правила 2005 р. (далі – ММСП). ММСП, схвалені ВАОЗ у 2005 році, є юридично обов'язковими для 196 держав-учасниць міжнародного договору, спрямовані на «запобігання міжнародному поширенню хвороб, захист від них, боротьбу з ними і вжиття заходів у відповідь на рівні громадської охорони здоров'я». Варто погодитись з думкою М. Долгіх, який наголошує на обов'язковості імплементації урядом України норм ММСП у вітчизняну систему охорони здоров'я (Долгіх, 2021, с. 196).

ММСП встановлюють комплексну систему нагляду, звітності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, що мають міжнародне значення (далі – НСМЗ). Центральним елементом цього контрольного механізму є зобов'язання держав-учасниць розвивати, зміцнювати та підтримувати свій основний потенціал щодо виявлення, оцінки, повідомлення та реагування на події у сфері громадського здоров'я (Додаток 1 до ММСП). Відповідно до статті 6 ММСП, кожна держава-учасниця зобов'язана протягом 24 годин після оцінки інформації про подію на своїй території повідомити ВООЗ за допомогою Національного координатора з ММСП про всі події, які можуть становити НСМЗ, використовуючи для цього спеціальний алгоритм прийняття рішень (Додаток 2 до ММСП). Важливою новелою ММСП є те, що ВООЗ має право брати до уваги не лише офіційні повідомлення від держав, але й інформацію з інших джерел (наприклад, повідомлення у медіа, звіти неурядових організацій). У такому випадку ВООЗ звертається до держави із запитом про верифікацію інформації, на який держава зобов'язана надати відповідь протягом 24 годин (стаття 9 ММСП). Це положення суттєво посилює контрольні повноваження ВООЗ, дозволяючи їй діяти проактивно і не залежати виключно від самозвітування держав. У разі підтвердження загрози Генеральний директор ВООЗ після консультацій з Комітетом з надзвичайних ситуацій може оголосити НСМЗ та надати державам тимчасові рекомендації щодо заходів реагування. Ці рекомендації, хоч і не є формально обов'язковими, мають величезний політичний та практичний вплив, як це продемонструвала пандемія COVID-19 (Gostin, Friedman and Wetter, 2020, с. 8-12).

Поряд із жорстким, юридично обов'язковим механізмом ММСП, ВООЗ активно використовує інструменти «м'якого» контролю. Одним із таких механізмів є спостереження за показниками ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, згідно якого оцінюється рівень розвитку різних країн світу (Долгіх, 2021, с. 108).

Щорічна публікація «Світова статистика охорони здоров'я» є авторитетним джерелом інформації, що дозволяє порівнювати показники між країнами, відстежувати динаміку та оцінювати ефективність національних систем охорони здоров'я (World Health Organization, n.d.).

Іншим важливим інструментом є ухвалення резолюцій та стратегій ВАОЗ. Ці документи встановлюють глобальні цілі, стандарти та норми у різних сферах (наприклад, боротьба з неінфекційними захворюваннями, імунізація, безпека пацієнтів). Часто такі резолюції містять заклики до держав-членів звітувати перед ВООЗ про прогрес у їх впровадженні, що створює додатковий механізм моніторингу та підзвітності.

Заслугове на увагу співпраця ВООЗ та ЮНІСЕФ з питань здоров'я матері й дитини. Так, на виконання Угоди між ЮНІСЕФ та ВООЗ 1948 р. було створено об'єднаний комітет ВООЗ/ЮНІСЕФ з політики у сфері охорони здоров'я, одним з основних завдань якого став контроль за здійсненням програм, що стосуються охорони здоров'я дітей. Як підкреслює Н. Хендель, ЮНІСЕФ та ВООЗ намагаються вирішувати в державах, що розвиваються, такі проблеми, як імунізація, викорінення поліомієліту, поліпшення гігієни середовища проживання, забезпечення питною водою, допомога

центрам матері та дитини тощо. ВООЗ призначає міжнародних експертів у сфері охорони здоров'я для виконання програм ЮНІСЕФ, здійснює загальне керівництво та контролює їхню діяльність через регіональні офіси і штаб-квартиру (Хендель, 2014, с. 50).

Таким чином, ВООЗ поєднує у своїй діяльності як жорсткі, так і м'які механізми контролю, фокусуючись, з одного боку, на гострих загрозах глобальній безпеці здоров'я (через ММСП), а з іншого – на довгостроковому моніторингу та покращенні загальних показників здоров'я у світі.

На додаток до універсальних та спеціалізованих механізмів, значну роль у забезпеченні міжнародного контролю відіграють регіональні системи захисту прав людини. Європейська система є найбільш розвиненою та інституціоналізованою у цьому відношенні. В рамках Ради Європи ключовим інструментом захисту соціальних прав, включно з правом на охорону здоров'я, є Європейська соціальна хартія (далі – ЄСХ) (переглянута) 1996 року (Рада Європи, 1996). Стаття 11 ЄСХ прямо закріплює право на охорону здоров'я, зобов'язуючи держави вживати належних заходів для усунення причин поганого здоров'я, створення консультативно-просвітницьких служб та запобігання епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням. Контроль за виконанням положень ЄСХ здійснює Європейський комітет із соціальних прав (далі – ЄКСП). Цей контроль реалізується через дві основні процедури: розгляд періодичних доповідей держав та розгляд колективних скарг. Процедура колективних скарг, запроваджена Додатковим протоколом 1995 року, дозволяє міжнародним та національним організаціям роботодавців і профспілок, а також деяким міжнародним неурядовим організаціям, подавати скарги на порушення ЄСХ. Рішення ЄКСП у справах за колективними скаргами, хоч і не мають такої ж юридичної сили, як рішення Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ), є авторитетними висновками, які Комітет міністрів Ради Європи може покласти в основу своїх рекомендацій державі-порушниці. Особливе місце в європейській системі посідає ЄСПЛ, який, незважаючи на відсутність у ЄКСП окремої статті про право на здоров'я, виробив розгалужену практику його опосередкованого захисту.

Найчастіше ЄСПЛ розглядає «медичні справи» в контексті статті 2 (право на життя) та статті 8 (право на повагу до приватного і сімейного життя) Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р. (далі – ЄКПЛ). В рамках статті 2 ЄСПЛ покладає на держави позитивні зобов'язання створювати належну нормативно-правову базу для захисту життя пацієнтів та забезпечувати функціонування системи охорони здоров'я, здатної надавати невідкладну допомогу. Суд також вимагає проведення ефективного розслідування у випадках смерті пацієнтів внаслідок ймовірної медичної недбалості. Стаття 8 ЄКПЛ тлумачиться ЄСПЛ широко і включає право на фізичну та психологічну недоторканність. У цьому контексті ЄСПЛ розглядав справи, пов'язані з інформованою згодою на медичне втручання, доступом до медичної документації, конфіденційністю медичної інформації, а також впливом шкідливого довкілля на здоров'я людини. Рішення ЄСПЛ є юридично обов'язковими для держав-відповідачів і часто вимагають не лише виплати компенсації, а й вжиття заходів загального характеру для зміни законодавства чи практики. Існування аналогічних, хоч і з різним ступенем інституціоналізації, механізмів в інших регіонах світу підтверджує глобальний характер тенденції до посилення контролю за дотриманням права на здоров'я.

Ефективне функціонування формальних міжнародних контрольних механізмів значною мірою залежить від інформації та активності, що генеруються поза державними структурами, зокрема неурядовими організаціями (далі – НУО) та громадянським суспільством. Ці актори відіграють незамінну роль у процесі моніторингу, виконуючи

функції незалежних спостерігачів, джерел альтернативної інформації та каталізаторів суспільних змін (Doshmangir, Sanadghol, Kakemam and Majdzadeh, 2024).

Однією з ключових та найбільш інституціоналізованих функцій НУО є підготовка та подання «тіньових» або альтернативних доповідей договірним органам ООН, таким як КЕСКП. У той час як офіційні доповіді держав можуть іноді представляти надто оптимістичну або неповну картину, звіти НУО, що базуються на моніторингу «на місцях», зборі свідчень та аналізі реальної ситуації, надають експертам КЕСКП більш збалансовану та критичну інформацію. Це дозволяє членам КЕСКП ставити більш точні та гострі питання представникам держав під час «конструктивного діалогу» та формулювати більш обґрунтовані та конкретні заключні зауваження.

Крім того, діяльність великих міжнародних правозахисних та гуманітарних організацій має значний вплив на міжнародний порядок денний у сфері охорони здоров'я. Такі організації, як «Human Rights Watch», проводять розслідування та публікують детальні звіти про порушення права на здоров'я в різних країнах, аналізуючи системні проблеми, такі як дискримінація у доступі до медичної допомоги, корупція в системі охорони здоров'я чи наслідки збройних конфліктів для медичної інфраструктури. Організації, що безпосередньо надають медичну допомогу в кризових регіонах, як-от «Лікарі без кордонів», не лише рятують життя, але й виконують важливу функцію «свідчення» (Pandey and Singh, 2024). Їхні звіти та публічні заяви, засновані на безпосередньому досвіді роботи в умовах епідемій, конфліктів та гуманітарних катастроф, є потужним інструментом привернення уваги світової спільноти до нагальних проблем та є цінним джерелом інформації для ВООЗ та інших міжнародних органів. Через проведення адвокаційних кампаній, роботу з медіа та лобювання урядів і міжнародних організацій, НУО сприяють тому, щоб питання охорони здоров'я залишалися у фокусі міжнародної політики, а держави несли відповідальність за свої зобов'язання.

Незважаючи на розгалуженість та багаторівневість існуючої системи міжнародного контролю, її ефективність стикається з низкою системних проблем та викликів, що обмежують її реальний вплив на практику держав. Однією з ключових проблем є фрагментація контролю (Taylor, 2002, с. 975). Відповідальність за моніторинг права на здоров'я розпорошена між численними органами та організаціями з різними мандатами, процедурами та правовою природою актів: договірні органи ООН, спеціальні процедури, Рада з прав людини (через УПО), ВООЗ, регіональні суди та комісії, і навіть СОТ (в частині, що стосується доступу до ліків через регулювання прав інтелектуальної власності) (Jackson, 1998). Така розпорошеність може призводити до дублювання функцій, неузгодженості стандартів та рекомендацій.

Іншою суттєвою слабкістю є переважно рекомендаційний характер рішень більшості контрольних органів. Заключні зауваження КЕСКП, рекомендації УПО, доповіді Спеціального доповідача, резолюції ВАОЗ – усі ці акти не мають прямої юридично обов'язкової сили. Їх виконання залежить від доброї волі та політичної волі держави. Хоча рішення регіональних судів, як-от ЄСПЛ, є юридично обов'язковими, їхня юрисдикція є географічно обмеженою, а розгляд справ стосується, як правило, конкретних індивідуальних порушень, а не системних проблем у сфері охорони здоров'я.

Ще однією проблемою є надмірна залежність від самозвітування держав, особливо в рамках договірних органів ООН. Система періодичних доповідей базується на інформації, яку надає сама держава, що створює ризик подання неповної, вибіркової або навіть неправдивої інформації з метою прикрасити реальний стан справ. Хоча «тіньові» доповіді НУО частково компенсують цей недолік, вони не можуть повністю замінити незалежний та всеохоплюючий моніторинг.

В контексті дослідження європейського досвіду контролю за виконанням обов'язків у сфері забезпечення права на охорону здоров'я привертає увагу позиція М. Долгіх, який звертає увагу на те, що контроль за належною якістю наданих медичних послуг має стати частиною переоцінки існуючих механізмів публічного управління системою охорони здоров'я (Долгіх, 2021, с. 130). Варто погодитись з М. Долгіх, оскільки забезпечення належної якості медичних послуг не повинно обмежуватися лише моніторингом, а має виступати фундаментом для перегляду та вдосконалення існуючих механізмів публічного управління галуззю охорони здоров'я.

Висновки. Сучасна система міжнародного контролю за дотриманням права на охорону здоров'я є складною, поліцентричною та функціонально диференційованою мережею, яка не має єдиного ієрархічного центру. Її архітектура характеризується співіснуванням та взаємодією кількох паралельних, але взаємопов'язаних підсистем. По-перше, це універсальна правозахисна підсистема в рамках ООН, що базується на договірних органах (зокрема, КЕСКП), спеціальних процедурах (Спеціальний доповідач з питання про право на здоров'я) та механізмі УПО. Ця підсистема орієнтована на індивідуалістичне розуміння права на здоров'я як невід'ємного права людини. По-друге, це спеціалізована підсистема громадського здоров'я, ядром якої є ВООЗ. Вона функціонує на основі дихотомії «жорсткого права» (юридично обов'язкові ММСП) та «м'якого права» (статистичний моніторинг, резолюції, рекомендації), фокусуючись на колективній безпеці у сфері здоров'я. По-третє, це регіональні правозахисні підсистеми (зокрема, європейська), які забезпечують глибший рівень юридизації та надають квазісудові та судові інструменти захисту (ЄКСП, ЄСПЛ). Важливим результатом дослідження є встановлення незамінної ролі недержавних акторів, які виконують функцію інформаційного забезпечення та верифікації, надаючи «тіньові» доповіді та незалежні дані, що є критично важливим для подолання асиметрії інформації, властивої системі, що значною мірою покладається на самозвітвання держав.

Попри інституційну розгалуженість, ефективність існуючої системи контролю обмежується низкою системних проблем. Ключовою проблемою є інституційна розпорошеність та нормативна фрагментація. Відсутність чіткої координації між органами системи ООН та ВООЗ породжує ризик дублювання мандатів та формулювання неузгоджених рекомендацій, що дозволяє державам вдаватися до практики «вибіркового форуму». Другою фундаментальною проблемою є «парадокс юридичної сили»: більшість актів контрольних органів (заклучні зауваження, рекомендації УПО, доповіді) мають рекомендаційний, а не юридично обов'язковий характер. Це створює розрив між *de jure* обов'язковістю норм міжнародних договорів та *de facto* необов'язковістю виконання рішень контрольних органів, що ставить їхню ефективність у пряму залежність від політичної волі держави. Третя проблема полягає в асиметрії інформаційних потоків – надмірній залежності від самозвітвання держав, що створює ризик надання неповної або викривленої інформації. Хоча діяльність НУО частково нівелює цей недолік, вона не може повністю замінити механізм незалежного та системного міжнародного моніторингу. Нарешті, спостерігається проблема політизації контролю, особливо в рамках УПО, при якому геополітичні інтереси можуть превалювати над об'єктивною правовою оцінкою.

Вирішення виявлених проблем вимагає комплексного підходу, який, зважаючи на обмежені можливості впливу окремої держави на глобальні процеси, має зосереджуватися насамперед на вдосконаленні національних механізмів імплементації міжнародних стандартів. У цьому контексті для України пропонуються наступні конкретні, практично орієнтовані шляхи.

По-перше, пропонується створення Національного механізму звітності та

імплементатії у сфері прав людини (далі – НМЗІ) як постійно діючого міжвідомчого координаційного органу. На відміну від епізодичних робочих груп, такий орган, створений постановою КМУ та очолюваний на рівні профільного віцепрем'єр-міністра, мав би чіткий мандат та інституційну спроможність. Його ключовими функціями мають стати:

а. НМЗІ має стати єдиним центром, що акумулює та систематизує всі рекомендації, отримані Україною від договірних органів ООН (зокрема, КЕСКП), в рамках УПО, від Спеціального доповідача з права на здоров'я, а також висновки ЄКСП та рішення ЄСПЛ у «медичних справах».

б. На основі аналізу рекомендацій НМЗІ має розробляти та подавати на затвердження Уряду секторальні та загальнонаціональні плани дій з чіткими, вимірюваними індикаторами виконання, визначеними строками та переліком відповідальних органів виконавчої влади (МОЗ, Мінсоцполітики, Мінюст та ін.).

с. НМЗІ має координувати процес підготовки періодичних доповідей України до міжнародних контрольних органів, забезпечуючи їх якість, повноту та узгодженість, а також організувати широкі консультації з громадянським суспільством на етапі підготовки цих звітів.

д. Для забезпечення підзвітності, НМЗІ має щорічно звітувати перед профільним комітетом Верховної Ради України про стан виконання міжнародних рекомендацій. Такий механізм дозволить перейти від фрагментарної та реактивної імплементатії до системного та проактивного підходу, що є критично важливим для реформування системи охорони здоров'я.

По-друге, нагальною є потреба у прискоренні розробки та ухваленні Медичного кодексу України, який має стати інструментом системної імплементатії міжнародних стандартів у національне правове поле. Цей кодифікований акт, на відміну від чинних розрізнених законів, має комплексно врегулювати правовідносини у сфері охорони здоров'я, базуючись на правозахисному підході. Обов'язковими елементами Кодексу мають стати:

1) імплементатія стандартів Зауваження загального порядку № 14 КЕСКП: у Кодексі необхідно чітко закріпити та розкрити зміст чотирьох ключових елементів права на здоров'я – наявності, доступності (фізичної, економічної, інформаційної), прийнятності та якості медичної допомоги. Наприклад, норма про економічну доступність має прямо корелювати з програмою медичних гарантій, визначаючи, що вартість послуг, які виходять за її межі, не повинна створювати катастрофічних фінансових наслідків для домогосподарств;

2) деталізація прав пацієнтів: Кодекс має містити окремий розділ, присвячений правам пацієнтів, який би детально регулював питання інформованої згоди, конфіденційності медичної інформації, доступу до власної медичної документації, а також встановлював дієві механізми захисту цих прав, зокрема через інститут медичного омбудсмена;

3) врегулювання відповідальності: необхідно встановити чіткі та прозорі механізми цивільно-правової відповідальності закладів охорони здоров'я за шкоду, завдану життю та здоров'ю пацієнта, що відповідатиме практиці ЄСПЛ у справах за статтею 2 ЄКСП. Це сприятиме підвищенню якості медичних послуг та захисту прав пацієнтів.

Лише створення такого стійкого інституційно-правового зв'язку між міжнародним контролем та національним правотворчим і правозастосовчим процесом здатне перетворити міжнародні стандарти з абстрактних норм на дієві інструменти захисту права на охорону здоров'я кожного громадянина України.

Бібліографічний список

- Долгіх, М.В., 2021. *Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я*. Доктор філософії. Дисертація. Міжрегіональна академія управління персоналом
- Рада Європи, 1996. Європейська соціальна хартія (переглянута): Хартія Ради Європи від 03.05.1996. *Верховна Рада України* [онлайн]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062>
- Організація Об'єднаних Націй, 1948. Загальна декларація прав людини: Резолюція 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10.12.1948. *Верховна Рада України* [онлайн]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015>
- Організація Об'єднаних Націй, 1966. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: Резолюція 2200 А (XXI) Генеральної Асамблеї ООН від 16.12.1966. *Верховна Рада України* [онлайн]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042>
- Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я: підписаний 22.07.1946 у м. Нью-Йорк, 1946. *Верховна Рада України* [онлайн]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599>
- Хендель, Н.В., 2014. *Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я*. Кандидат наук. Дисертація. Національний університет «Одеська юридична академія».
- Bayer, R., Caplan, A., Daniels, N. (eds), 1983. Operationalizing Respect for Persons: A Qualitative Aspect of the Right to Health Care. In Search of Equity, Health Needs and the Health Care System. New York/London. P. 161–183.
- Constitution of the World Health Organization, 1946. New York, 22 July [online]. Available at: <<https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>>.
- Doshmangir, L., Sanadghol, A., Kakemam, E. and Majdzadeh, R., 2024. *The involvement of non-governmental organisations in achieving health system goals based on the WHO six building blocks*. *PLOS ONE*, 19(11) [online]. Available at: <<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0315592&type=printable>>
- Gostin, L. O., Friedman, E. A. and Wetter S. A., 2020. Responding to Covid-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *The Hastings Center Report*. 50(2), p. 8–12. [online]. Available at: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32219845/>>
- Hunt, P., Backman, G. et al., 2020 *The Right to Health under the ICESCR*. The Cambridge Handbook of New Human Rights. Cambridge: *Cambridge University Press* [online]. Available at: <<https://www.cambridge.org/core/books/cambridge-handbook-of-new-human-rights/right-to-health-under-the-icescr/CFEE80465C75DC83D9591E68ADFB014B>>
- Jackson, J. H., 1998. *The World Trade organization: Constitution and Jurisprudence*. London. Melbourne Law School, n.d. *The United Nations' Universal Periodic Review and PMCS' joint submission*. [online]. Available at: <<https://law.unimelb.edu.au/centres/statelessness/education/factsheet/the-united-nations-universal-periodic-review-and-summary-of-the-peter-mcmullin-centre-on-statelessness-upr-joint-submission>>
- Office of the High Commissioner for Human Rights, n.d. *About the mandate – Special Rapporteur on the right to health*. [online]. Available at: <<https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/about-mandate>>

- OHCHR, n.d. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Overview. [online] Available at: <<https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/cescr>>
- Ottawa charter for health promotion, 1986. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. [online] Available at: <<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-international-conference>>
- Pandey, A. K. and Singh, O.P., 2024. The Role of Non-Governmental Organizations (NGOs) in Health Awareness and Health Care. *International Journal of Indian Psychology*, 12(2), [online] Available at: <https://www.researchgate.net/publication/391005375_The_Role_Of_Non-Governmental_Organizations_Ngos_In_Health_Awareness_And_Health_Care>
- Ramalingaswami, V., 1979. Ethical Sources. In: *The Right to Health as a Human Right* / ed. by R-J. Dupuy. Sijthoff & Noordhoff, p. 138–141.
- Refworld, n.d. *UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)*. [online]. Available at: <<https://www.refworld.org/document-sources/un-committee-economic-social-and-cultural-rights-cescr>>
- Taylor, A. L., 2002. Global governance, international health law and WHO: looking towards the future. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), p. 975–980.
- United Nations, 2009. The Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: [online]. Available at: <<https://www.corteidh.or.cr/tablas/31393.pdf>>
- World Health Organization (WHO), 2018. Universal Periodic Review. [online]. Available at: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277114/9789241513883-eng.pdf>>
- World Health Organization, n.d. *World Health Statistics*. [online]. Available at: <<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>>

References

- Dolhikh, M.V., 2021. *Teoretychni zasady reformuvannia mekhanizmiv publichnoho upravlinnia systemoiu okhorony zdorovia [Theoretical foundations of reforming public management mechanisms in the healthcare system]*. Doktor filosofii u haluzi publichnoho upravlinnia ta administruvannia. Dysertatsiia. Mizhrehionalna akademiia upravlinnia personalom, 2021 (in Ukrainian).
- Rada Yevropy, 1996. Yevropeiska sotsialna khartiia (perehlianuta): Khartiia Rady Yevropy vid 03.05.1996 [European Social Charter (revised): Charter of the Council of Europe of 03.05.1996]. *Verkhovna Rada Ukrainy* [online] Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062> (in Ukrainian).
- Orhanizatsiia Obiednanykh Natsii, 1948. Zahalna deklaratsiia prav liudyny: Rezoliutsiia 217 A (III) Heneralnoi Asamblei OON vid 10.12.1948 [Universal Declaration of Human Rights: UN General Assembly Resolution 217 A (III) of 10.12.1948]. *Verkhovna Rada Ukrainy* [online]. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015> (in Ukrainian).
- Orhanizatsiia Obiednanykh Natsii, 1946. Mizhnarodnyi pakt pro ekonomichni, sotsialni i kulturni prava: Rezoliutsiia 2200 A (XXI) Heneralnoi Asamblei OON vid 16.12.1966. *Verkhovna Rada Ukrainy* [online]. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042> (in Ukrainian).
- Statut (Konstytutsiia) Vsesvitnoi orhanizatsii okhorony zdorovia: pidpysanyi 22.07.1946 u m. Niu-York [Statute (Constitution) of the World Health Organization: signed on 22.07.1946 in New York]. *Verkhovna Rada Ukrainy* [online]. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599> (in Ukrainian).
- Khendel N.V. *Mizhnarodno-pravove rehuliuвання spivrobotnytstva derzhav u sferi okhorony zdorovia [International legal regulation of cooperation between states in the field of*

- health care*]. Kandydat yurydychnykh nauk. Dysertatsiia. Natsionalnyi universytet «Odeska yurydychna akademiia», 2014 (in Ukrainian).
- Bayer, R., Caplan, A., Daniels, N. (eds), 1983. Operationalizing Respect for Persons: A Qualitative Aspect of the Right to Health Care. In Search of Equity, Health Needs and the Health Care System. New York/London. P. 161–183.
- Constitution of the World Health Organization, 1946. New York, 22 July [online]. Available at: <<https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>>.
- Doshmangir, L., Sanadghol, A., Kakemam, E. and Majdzadeh, R., 2024. *The involvement of non-governmental organisations in achieving health system goals based on the WHO six building blocks*. *PLOS ONE*, 19(11) [online]. Available at: <<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0315592&type=printable>>
- Gostin, L. O., Friedman, E. A. and Wetter S. A., 2020. Responding to Covid-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *The Hastings Center Report*. 50(2), p. 8–12. [online]. Available at: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32219845/>>
- Hunt, P., Backman, G. et al., 2020 The Right to Health under the ICESCR. The Cambridge Handbook of New Human Rights. Cambridge: *Cambridge University Press* [online]. Available at: <<https://www.cambridge.org/core/books/cambridge-handbook-of-new-human-rights/right-to-health-under-the-icescr/CFEE80465C75DC83D9591E68ADFB014B>>
- Jackson, J. H., 1998. *The World Trade organization: Constitution and Jurisprudence*. London. Melbourne Law School, n.d. *The United Nations' Universal Periodic Review and PMCS' joint submission*. [online]. Available at: <<https://law.unimelb.edu.au/centres/statelessness/education/factsheet/the-united-nations-universal-periodic-review-and-summary-of-the-peter-mcmullin-centre-on-statelessness-upr-joint-submission>>
- Office of the High Commissioner for Human Rights, n.d. *About the mandate – Special Rapporteur on the right to health*. [online]. Available at: <<https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/about-mandate>>
- OHCHR, n.d. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Overview. [online] Available at: <<https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/cescr>>
- Ottawa charter for health promotion, 1986. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. [online] Available at: <<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-international-conference>>
- Pandey, A. K. and Singh, O.P., 2024. The Role of Non-Governmental Organizations (NGOs) in Health Awareness and Health Care. *International Journal of Indian Psychology*, 12(2), [online] Available at: <https://www.researchgate.net/publication/391005375_The_Role_Of_Non-Governmental_Organizations_Ngos_In_Health_Awareness_And_Health_Care>
- Ramalingaswami, V., 1979. Ethical Sources. In: *The Right to Health as a Human Right* / ed. by R-J. Dupuy. Sijthoff & Noordhoff, p. 138–141.
- Refworld, n.d. *UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)*. [online]. Available at: <<https://www.refworld.org/document-sources/un-committee-economic-social-and-cultural-rights-cescr>>
- Taylor, A. L., 2002. Global governance, international health law and WHO: looking towards the future. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), p. 975–980.
- United Nations, 2009. *The Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York: [online]. Available at: <<https://www.corteidh.or.cr/tablas/31393.pdf>>

World Health Organization (WHO), 2018. Universal Periodic Review. [online]. Available at: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277114/9789241513883-eng.pdf>>
World Health Organization, n.d. *World Health Statistics*. [online]. Available at: <<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>>

Kadukha I.

INTERNATIONAL LEGAL MECHANISMS FOR MONITORING THE FULFILLMENT OF STATE OBLIGATIONS TO ENSURE THE RIGHT TO HEALTH CARE

Abstract. *The article defines a system of international control over the fulfilment of state obligations to ensure the right to health care, which is a complex, polycentric and functionally differentiated network without a single hierarchical center.*

The article pays particular attention to the main problems of international legal mechanisms for monitoring the fulfilment of state obligations to ensure the right to health care. It is noted that the key problems are institutional fragmentation, regulatory fragmentation and the lack of clear coordination between the UN and WHO bodies. The second fundamental problem is the «paradox of legal force»: most acts of supervisory bodies (concluding observations, UPR recommendations, reports) are advisory in nature and not legally binding. The third problem is the asymmetry of information flows – excessive dependence on self-reporting by states, which creates the risk of incomplete or distorted information. It is noted that solving the identified problems requires a comprehensive approach, which, given the limited ability of individual states to influence global processes, should focus primarily on improving national mechanisms for implementing international standards.

The article formulates proposals concerning the improvement of international legal mechanisms for monitoring the fulfilment of state obligations to ensure the right to health care. First, it proposes the creation of a National Mechanism for Reporting and Implementation in the field of human rights. Secondly, there is an urgent need to accelerate the development and adoption of the Medical Code of Ukraine, which should become an instrument for the systematic implementation of international standards into the national legal field.

Key words: *international legal mechanisms, control, right to health care, World Health Organization, World Health Assembly, International Health Regulations.*

Стаття надійшла до редколегії 16.11.2025