

**Швець Ю. Ю.,**  
кандидат економічних наук, доцент,  
докторант кафедри конституційного права та порівняльного правознавства  
Ужгородського національного університету

## МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ НОРМИ ПРО ПРАВО ОСОБИ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я: ШЛЯХИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ У НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО

### INTERNATIONAL LEGAL PROTECTION RULES ON THE RIGHT OF PERSONS IN THE PROTECTION OF HEALTH: WAYS OF IMPLEMENTATION IN NATIONAL LEGISLATION

Стаття присвячена висвітленню актуальних проблеми уточнення змісту основних елементів механізму реалізації права особи на охорону здоров'я. Проаналізоване змістовне та сутнісне співвідношення цих основних елементів. На підставі проведеного аналізу вироблено авторський підхід до «механізму реалізації права особи на охорону здоров'я». Визначені, на підставі аналізу норм національного законодавства, основні елементи даного механізму.

**Ключові слова:** право на охорону здоров'я, конституційні права, конституція.

Стаття посвячена актуальним проблемам уточнення содержания основных элементов механизма реализации права человека на охрану здоровья. Проанализировано содержательное и сущностное соотношение этих основных элементов. На основании проведенного анализа разработан авторский подход к определению «механизма реализации права человека на охрану здоровья». На основе анализа норм национального законодательства определены основные элементы данного механизма.

**Ключевые слова:** право на охрану здоровья, конституционные права, конституция.

The article is devoted to highlighting the actual problems of clarifying the content of the main elements of the mechanism of realization of the right of the person to health care. The substantive and essential correlation of these basic elements is analyzed. On the basis of the analysis, an author's approach to the "mechanism of realization of the right of a person to health care" was made. Based on the analysis of the norms of the national legislation, the main elements of this mechanism are determined.

**Key words:** right to health protection, constitutional rights, constitution.

Значний вплив міжнародно-правових документів, закріплених у них принципів і норм, що стосуються прав і свобод людини, на національні законодавства є беззаперечним. Проте такі міжнародно-правові норми мають важливу особливість. Аби втілити їх у життя, замало самого узгодження позицій партнерів та навіть упровадження у законодавство кожної з держав, оскільки це тільки формально відкриває можливість користатися зазначеними правами і свободами. Практична ж їх реалізація залежить від низки передумов.

Так, закріплене в Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права (далі – МПЕСКП) право на достатній рівень життя і безперервне поліпшення життєвих умов підтримують і зафіксували у своїх законодавствах майже всі країни. Проте головним чинником його практичного забезпечення є не положення законів, а реальна соціально-економічна політика держави. Зрозуміло, що найбільше перешкод втіленню цього та й інших прав створюють слабка економіка та сумнозвісний «брак коштів». Саме тому чимало не вельми розвинених економічно країн змушені вибудовувати систему пріоритетів щодо надання та здійснення прав і свобод. Утім, як добре відомо, навіть потужна економіка та досконала правова система не означають, що всі права і свободи людини в цій країні забезпечені й дотримуються.

Питання правової природи та змісту права людини на охорону здоров'я привертали увагу бага-

тьох дослідників. У нашій статті ми звернемося до праць вітчизняних дослідників С. Булеци, З.Гладуна, О. Федька, Л. Царенка. Серед зарубіжних дослідників нами опрацьовані роботи І. Гундарова, А. Кембела, В. Ларіна. Крім того, предметом наукового дослідження в даній статті стали конституційні норми ряду зарубіжних країн.

Проте комплексних наукових робіт, присвячених визначенню та сутнісному аналізу ймовірних напрямів імплементації зарубіжного досвіду захисту права особи на охорону здоров'я в вітчизняну практику, не достатньо, що зумовлює актуальність даної теми.

**Метою статті** є проведення системного науково-правового аналізу як наукових підходів, так і норм міжнародного законодавства, в т. ч. і конституційних норм та визначення можливих напрямів імплементації такого досвіду.

Що стосується виконання країнами міжнародно-правових приписів щодо права людини на здоров'я, то його ефективність залежить від багатьох об'єктивних і суб'єктивних чинників. Звісно, державам важко впливати на такі виклики, як географічне розташування, кліматичні умови чи стихійні лиха. Натомість кожна держава має серйозний інструментарій для подолання перешкод суб'єктивних, таких як, скажімо, запобігання епідеміям, забезпечення безпечних умов праці тощо.

Проте існують такі міжнародно-правові принципи та норми, і їх кількість постійно зростає, які преважують над національними законодавствами, дотри-

муватися яких повинні усі держави незалежно від власного до них ставлення. Прикладом може слугувати чимало норм Загальної декларації прав людини чи Статуту ООН, причому їхня обов'язковість поширюється навіть на держави, котрі не входять до цієї міжнародної організації.

Вбачається за доцільне детальніше зупинитися на ролі Загальної декларації прав людини, ухваленою в 1948 р. Генеральною Асамблеєю ООН як «стандарт, досягнення якого мають прагнути усі народи й усі держави». У сфері прав і свобод людини цей засадничий міжнародно-правовий акт досі є для багатьох країн еталоном і джерелом розроблення відповідних законів та інших документів. Є дані, що «щонайменше 90 національних конституцій, прийнятих після 1948 р., містять перелік фундаментальних прав, котрі або відтворюють положення Декларації, або включені до них під її впливом» [1, с. 6].

У більшості країн положення Декларації сприймаються як звичаєві міжнародно-правові норми, чимало з яких набули обов'язковості. Такий підхід убачається вельми важливим, оскільки низка країн, що не приєдналися ні до МПЕСКП, ні до Пакту про громадянські та політичні права (наприклад, Індонезія, Китай, Куба, Саудівська Аравія), в питаннях прав людини послуговуються саме Загальною декларацією. У деяких державах (наприклад, Бельгії, Голландії, Індії, США) приписи Декларації доволі часто застосовуються для тлумачення власного законодавства з питань прав людини, а також у відповідній практиці судочинства.

На підставі зазначених вище та інших міжнародних угод, що стосуються прав людини, держави, які їх ратифікували, створюють відповідні договірні (конвенційні) органи. Останні розглядають звіти про перебіг імплементації державами вказаних угод, у разі потреби надають рекомендації стосовно коригування процесу реалізації міжнародно-правових норм чи вжиття додаткових законодавчих заходів. Зазначимо, що подібних рекомендацій зазвичай буває доволі багато, і держави, котрі їх отримують, дослухаються до них, намагаючись привести національне законодавство у відповідність до міжнародних угод. Якщо ж деякі країни не проводили жодних законодавчих змін у вказаному напрямі, то у своїх звітах вони намагаються переконати згадані вище конвенційні органи, що їхнє внутрішнє законодавство цілком відповідає міжнародно-правовим нормам із питань прав людини.

Примітно також, що договірні міжнародні органи у своїх рекомендаціях за результатами розгляду скарг громадян посилаються на порушення державами саме міжнародно-правових норм (із зазначенням конкретних статей відповідних угод), а не внутрішніх законодавств. Тобто міжнародні угоди розглядаються ними як пріоритетні щодо національних законів джерела права. Чимало членів ООН теж дотримуються такого підходу. У доповіді Норвегії щодо заходів з імплементації положень Пакту про громадянські й політичні права, поданому до Комітету з прав людини ООН, підкреслювалося, що вка-

зана угода «справді є відповідним джерелом права, котрий має велике значення для тлумачення й застосування норм норвезького права».

Як показали дослідження реалізації згаданих вище Цілей розвитку тисячоліття, ухвалених ООН, близько 140 країн світу мають у своїх конституціях положення, що стосуються права на здоров'я [2]. Наведемо кілька прикладів. У Конституції Південно-Африканської Республіки право громадян на здоров'я закріплено безпосередньо (ст. 27). У Конституції Федеративної Республіки Німеччина (ст. 2) це зроблено опосередковано – шляхом гарантування права на життя і фізичну безпеку. В Основному законі Республіки Індія (ч. VI) це право випливає з однієї із найважливіших цілей Конституції – вдосконалення системи охорони здоров'я [3]. У доповіді за 2016 р. Спеціального доповідача ООН щодо права на здоров'я знайшло підтвердження його загальне конституційне визнання світовим співтовариством [4].

Конституційні положення стосовно права на здоров'я в багатьох країнах деталізуються і конкретизуються відповідними галузевими законами, а також підзаконними нормативно-правовими актами центральних органів виконавчої влади, котрі опікуються реалізацією соціальної політики держави. Наведемо кілька характерних прикладів.

Так, отримання медичних послуг гарантується всім громадянам відповідно до закону «Про національну службу охорони здоров'я Великої Британії» (1977) [5]. Аналогічний закон Королівства Данія (1988) детально вносить права пацієнтів у процесі отримання медичних послуг, гарантуючи їм, зокрема, повагу до людської гідності, тілесну недоторканність, анонімність лікування тощо [6]. Медичне страхування всього населення, а також безоплатна медична допомога незаможним категоріям громадян гарантуються законом Республіки Індонезія про національну систему соціального забезпечення (2004) [7]. Закон «Про охорону здоров'я громадян Киргизької Республіки» (2005) передбачає для його забезпечення проведення заходів з охорони навколишнього середовища, наданням усім громадянам права захищати своє життя та здоров'я, рівних можливостей на отримання медичних послуг і медико-соціальної допомоги, одержання широкого спектра інформації з медичних, санітарно-гігієнічних, профілактичних питань, здорового способу життя тощо.

Наочним прикладом зміни державної політики щодо охорони здоров'я може служити одне з азійських економічних див – Сінгапур. Від початку 2000-х рр. головним реципієнтом державних і приватних інвестицій у цій країні стали біотехнології та медицина. Особлива увага була приділена інфраструктурі медичної галузі, залученню висококваліфікованих фахівців із усього світу, створенню належних матеріальних і психологічних умов для наукової творчості та продуктивної праці, перетворенню біомедицини на рушійну силу економічного зростання країни до світового рівня. Результатом таких зусиль стало те, що вже у 2014 р. Сінгапур, за даними

агентства Bloomberg, посів чільне місце у світовому рейтингу охорони здоров'я серед 51 країни з населенням не менше 5 млн, ВВП на душу населення не менше 5 тис. доларів і тривалістю життя не менше 70 років [8].

Вище вже підкреслювалося, що реформу сфери охорони здоров'я в Україні не можна розглядати поза загальним контекстом євроінтеграційних соціальних і макроекономічних трансформацій у державі. Децентралізація, заощадлива співвіднесеність витрат із податковими надходженнями, оптимальний розподіл та ефективне використання фінансових ресурсів, – усе це є спільним для макро-, мезо- й мікроперетворень. Українська медична реформа системи буде успішною за умови раціонального поєднання найвагоміших вітчизняних здобутків і традицій у цій галузі із кращим зарубіжним доробком і міжнародними стандартами.

Щодо імплементації міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я в національне законодавство, то тут є декілька шляхів, основними з яких убачаються:

– «прямий» – ратифікація обов'язкових до виконання приписів Всесвітньої організації охорони здоров'я та Всесвітньої організації праці, повноправним учасником яких є Україна;

– опосередкований – укладання та ратифікації міжнародних угод, які передбачають зобов'язання щодо забезпечення права на охорону здоров'я (наприклад, Угода про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць СНД від 27 березня 1997 р., ратифікована із застереженнями 01 червня 2000 р.; Угода про співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичних наук між Міністерствами охорони здоров'я України та Китайської Народної Республіки від 31 жовтня 1992 р.);

– доктринальний – через впровадження засадничих ідей та принципів світового співтовариства у галузі медичного права (наприклад, Рекомендація № R (90) 3 Комітету Міністрів Ради Європи держав-учасникам щодо медичних дослідів на людині, ухвалена 06 лютого 1990 р. на 43 нараді заступників міністрів);

– інституційний – урахування науково-практичного доробку й рекомендацій провідних міжнародних організацій у галузі медичного права (Всесвітня медична асоціація, Всесвітня Асоціація медичного права та ін.).

З огляду на викладене пропонується у процесі підготовки кожного нормативно-правового акта в галузі медичного права враховувати міжнародний досвід. Для цього слід вжити низку заходів, а саме:

1) Організувати переклад українською мовою норм міжнародного медичного права та їх систематизацію.

2) Організувати підготовку та випуск видань тематичних збірників норм міжнародного медичного права, аби з ними могли ознайомитися не лише фахівці – правники й медики, а й найширші верстви пересічних громадян – кінцевих споживачів послуг у сфері охорони здоров'я.

3) Запровадити в навчальних закладах юридичного профілю вивчення міжнародного медичного права, для чого підготувати й видати відповідну навчально-методичну літературу та внести зміни в навчальні програми.

4) Залучити до безпосередньої роботи у всесвітніх організаціях із міжнародного медичного права відповідних українських фахівців у цій галузі як представників країни, котра є їх повноправним учасником.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Павлова Л.В. Современная концепция прав и свобод человека и ее трактовка Всеобщей декларацией прав человека 1948 г. Бел. журн. междунар. права и междунар. отношений. 1998. № 5. С. 5–13
2. Millennium Development Goals Cap Task Force. Delivering on the Global Partnership for Achieving the Millennium Development Goals, 2008. P. 4.
3. Конституція Індії від 26 січня 1950 р. / Конституційна асамблея. Електронна бібліотека НБУВ. URL: <http://nbuviap.gov.ua/asambleya/constitutions.php>.
4. UN Doc. A/HRC/7/11. 31 January 2016. URL: [https://www.ecoi.net/en/file/local/1301550/1930\\_1465288084\\_575537dd4.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1301550/1930_1465288084_575537dd4.pdf).
5. UN Doc. HRI/CORE/GBR/2014. 28 September 2014. URL: [https://www.ecoi.net/en/file/local/1301550/1930\\_1465288084\\_575537dd4.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1301550/1930_1465288084_575537dd4.pdf).
6. UN Doc. HRI/CORE/1/Add.58. 29 June 1995. URL: [https://www.ecoi.net/en/file/local/1301550/1930\\_1465288084\\_575537dd4.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1301550/1930_1465288084_575537dd4.pdf).
7. UN Doc. HRI/CORE/DN/2010. 18 October 2012. URL: [https://www.ecoi.net/en/file/local/1301550/1930\\_1465288084\\_575537dd4.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1301550/1930_1465288084_575537dd4.pdf).
8. Most effective health care 2014. URL: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>.