

УДК 341.23:614.39

І. С. Демченко

МІНІМАЛЬНІ ОСНОВНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ДЕРЖАВ ЩОДО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Постановка пролеми. Зобов'язання держав щодо економічних, соціальних та культурних прав по-різному відображені в різних міжнародних договорах. Загалом, в основі ідеї соціальних прав людини закладено, що такі права є позитивними, а отже, потребують вжиття тих чи інших заходів із боку держави. Незважаючи на те, що держави можуть здійснювати такі права поступово, вони мають також низку негайних завдань. Що стосується Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права 1966 р. [17] (далі – МПЕСКП), то Комітет з економічних, соціальних та культурних прав Організації Об'єднаних Націй (далі – ООН) зазначив: «<...> Якщо б Пакт (МПЕСКП – *І. Д.*) розглядався як документ, що не створює такого мінімального основного зобов'язання, то багато в чому він би втратив свій зміст» [1, п. 10]. Щоб економічні, соціальні, культурні права загалом і право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я (далі – право на здоров'я) зокрема не перетворилися на фікцію, розроблена ідея мінімальних основних зобов'язань, тобто таких, що відповідають базовим та необхідним потребам у сфері охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання мінімальних основних зобов'язань держав тісно пов'язано з дослідженнями соціальних прав людини та міжнародних стандартів захисту прав людини. Декілька робіт присвячено вивченню мінімальних основних зобов'язань держав щодо права на здоров'я. Що стосується громадянського здоров'я, то воно досліджується на рівні як міжнародного, так і національного права охорони здоров'я. Серед науковців, які цікавилися мінімальними основними зобов'язаннями в поєднанні із проблематикою громадянського здоров'я, варто назвати А. Белякова, Л. Гостін, П. Рабіновича, Е. Рідел, Г. Джаїца, Дж. Тобіна, О. Чапман, Н. Хендель, А. Хендрікса, К. Янг та інших вітчизняних та іноземних фахівців. Незважаючи на широкий спектр питань, що розглядалися в роботах згаданих авторів, проблема мінімальних основних зобов'язань щодо громадянського здоров'я потребує окремого вивчення.

Метою статті є аналіз положень міжнародних договорів у сфері захисту прав людини стосовно мінімальних основних зобов'язань держав щодо громадянського здоров'я. Дослідити категорію «мінімальні основні зобов'язання» держав щодо громадянського здоров'я, визначити їхні особливі ознаки. Навести перелік мінімальних зобов'язань, з огляду на різні підходи до розуміння громадянського здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження. Концептуальна невизначеність, притаманна правам людини у сфері охорони здоров'я та громадянського здоров'я, має наслідком відсутність єдиного розуміння їх ефективної імплементації державами. Які ж є міжнародно-правові зобов'язання держав із забезпечення громадянського здоров'я, зважаючи на норми міжнародного права?

Спершу варто зазначити, що зобов'язання держав щодо громадського здоров'я можуть базуватися як на (1) положеннях міжнародних договорів у сфері захисту прав людини, так і на (2) взятих на себе зобов'язаннях згідно з міжнародними договорами щодо громадського здоров'я (зокрема, положеннях Міжнародних медико-санітарних правил, Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) із боротьби проти тютюну тощо) чи іншими міжнародними актами.

Однак ідея «мінімальних основних зобов'язань» у міжнародно-правовій літературі виходить із практики тлумачення міжнародних договорів у сфері захисту прав людини. «Мінімальні зобов'язання» базуються на міжнародному праві захисту прав людини та стосуються насамперед економічних, соціальних і культурних прав. Нормативною основою є положення основних міжнародних договорів прав людини, зокрема Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права (ст. 12) та інших договорів, що стосуються окремих категорій осіб.

У вітчизняній та закордонній літературі є багато підходів до визначення зобов'язань держав та інших суб'єктів у сфері прав людини. Вживаються терміни «мінімальний рівень», «мінімальний міжнародний стандарт», «основні зобов'язання», «міжнародно-правові стандарти у сфері захисту прав людини» (скорочено – «міжнародні стандарти прав людини») та інші. У вітчизняній науковій літературі поширений термін «міжнародні стандарти прав людини» [2; 3]. Такі міжнародні стандарти прав людини використовуються для розкриття досить широкого спектра проблемних питань у сфері прав людини (навіть у питаннях, що стосуються охорони здоров'я: щодо прав дитини; осіб з інвалідністю; осіб, що перебувають під вартою; осіб, що страждають на психічні захворювання тощо).

Однак ми досліджуємо категорію «мінімальні основні зобов'язання». Очевидно, що такі «мінімальні основні зобов'язання» наділені всіма властивостями, що й міжнародні стандарти прав людини (наприклад, див п. 4 Резолюції 41/120 Генеральної Асамблеї ООН [4]). Як вважає Комітет з економічних, соціальних та культурних прав ООН, «на кожній державі лежить мінімальне основне зобов'язання забезпечити здійснення кожного із прав (економічних, соціальних чи культурних – *І. Д.*), хоча б на мініальному рівні» [1, п. 10]. 1966 р. у Лімбурзькому університеті (Нідерланди) обговорювалося питання про природу і ступінь юридичних зобов'язань, які взяли держави-учасниці Пакту. Вони дійшли таких основних і дуже важливих висновків: усі права і свободи людини, зокрема соціальні права, неподільні та взаємозпов'язані й утворюють невід'ємну частину міжнародного права; Пакт накладає юридичні обов'язки на держави-учасниці; держави-учасниці повинні забезпечити соціально-економічні й культурні права для всіх, хоча б у мініальному розмірі [5, с. 46]. Очевидно, що зазначене дозволяє дійти висновку, що серед прав, визначених насамперед МПЕСКП, окремі права (або їхні елементи) визнаються найбільш важливими. Такі фундаментальні права, у свою чергу, становлять категорію мінімальних зобов'язань.

У науці є різні підходи до визначення чи, точніше, окреслення кола таких мінімальних зобов'язань. Г. Джаца зазначає, що фундаментальним мінімальним зобов'язанням є негативний обов'язок держави свавільно не втручатися в здійснення

індивідами своїх прав людини [6, с. 27]. А. Хендрікс зауважує, що мінімальні зобов'язання «кореспондують з абсолютним мінімальним рівнем захисту прав людини, який держави повинні завжди підтримувати незалежно від стану економіки чи інших руйнівних чинників у країні» [7, с. 389]. Хоча С. Ляхівненко зазначає, що з позицій методології міжнародні стандарти не можна сприймати як такі, що стоять вище за будь-які правила, чинні в кожній окремо взятій державі [8, с. 668]. П. Рабінович, цитуючи Л. Ульяшину, зазначає, що «міжнародні стандарти прав людини встановлюють, «мінімальний стандар», є «мінімально допустимим консенсусом»; вони не лише закріплюють їхній певний необхідний обсяг, мінімальний рівень, на якому останні мають реалізовуватися» [2, с. 22]. В. Пчелінцев зауважує, що «основні зобов'язання, що означають гарантоване дотримання принаймні мінімального рівня прав, що включені до угод із прав людини» [9, с. 81]. Є зобов'язання, які вважаються такими, що негайно набрали чинності, щоби забезпечити мінімальні базові рівні здійснення кожного із прав, які називаються мінімальними основними зобов'язаннями [10, с. 21]. Отже, з огляду на вищезгадані позиції, мінімальні основні зобов'язання – незмінні зобов'язання держав із забезпечення мінімального рівня прав людини, що виникають із моменту укладання МПЕСКП та інших договорів у сфері захисту економічних, соціальних та культурних прав людини.

З огляду на особливу природу економічних, соціальних та культурних прав, такі зобов'язання мають особливі ознаки, які ми спробуємо розкрити.

Універсальність. Таке мінімальне зобов'язання лежить на кожній державі. Важливе уточнення – на кожній державі, однак в якому обсязі? Мінімальні зобов'язання – чи є вони універсальними для всіх країн або специфічними для країни (регіону)? Очевидно, що залежно від рівня насамперед економічного розвитку мінімум розвинутої країни є недосяжним для країн, що розвиваються. Деякі дослідники говорять про мінімум для окремої країни та про загальний, універсальний мінімум. Перший мають поважати більш багаті країни, а другий – універсальний – повинні поважати всі держави. Однак такий поділ фактично підриває універсальність ідеї прав людини [11, с. 159]. К. Янг зазначає, що під час розгляду діяльності Комітету (Комітету з економічних, соціальних та культурних прав – *І.Д.*) щодо тих держав, які можуть допомогти іншим у забезпеченні мінімального зобов'язання, але не роблять цього, вони визнаються винними, виходячи із визначення правового мінімуму. Що стосується держав, які не можуть забезпечити мінімальні зобов'язання для своїх громадян, то вони можуть протистояти санкціям, якщо вони зверталися по міжнародну допомогу, але не отримали її [12, с. 73]. Така позиція ґрунтується на заяві Комітету з економічних, соціальних та культурних прав ООН стосовно «Злиднів та Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права». У цьому документі акцентується увага на тому, що стосовно права на здоров'я «мінімальні зобов'язання породжують відповідальність для всіх держав та міжнародну відповідальність розвинутих держав, як і інших, які можуть допомогти <...>, щодо забезпечення міжнародної допомоги та співробітництва, з метою дозволити державам, що розвиваються, виконати свої мінімальні зобов'язання» [13, § 16]. Схоже положення є і в Загальному коментарі № 14: «На державах та інших сторонах, які мають можливість надати допомогу, лежить особлива відпові-

дальність із надання міжнародної допомоги та співробітництва, що дозволяє державам, що розвиваються, здійснювати свої основні (мінімальні – *І. Д.*) зобов'язання» [14, § 45]. Навіть у розвинутих країнах є люди та спільноти, які потребують забезпечення мінімальних зобов'язань. Тому останнє є обов'язком як багатих країн, так і країн, що розвиваються (це не виключає можливості допомоги багатих країн).

Неможливість відступлення від мінімальних зобов'язань та прогресивна реалізація [14, § 47]. Відступити від мінімальних зобов'язань неможливо також під час збройних конфліктів, надзвичайних ситуації чи природних катастроф [13, § 18]. У МПЕСКП не зазначено можливості відступлення від будь-яких положень.

Саме після того, як держава забезпечила мінімальні зобов'язання, у неї залишається обов'язок щодо подальшої прогресивної реалізації [13, § 18]. Принцип прогресивної реалізації базується на вже зазначеній ч. 1 ст. 2 МПЕСКП – «поступове повне здійснення». Комітет з ЕСКП ООН зазначає, що це додає гнучкості, що відображає реалії сучасного світу та ті перепони, з якими стикається будь-яка країна під час «повного здійснення» [1, п. 9]. Інакше кажучи, держави володіють значною дискрецією щодо своїх заходів із повного здійснення права на здоров'я.

Постає питання, чи не означає введення мінімальних зобов'язань фактичного перетворення їх на максимум, якого держави досягнуть, без ініціативи щодо подальшої реалізації права на здоров'я. Вище вже зазначено, що забезпечення мінімальних зобов'язань не звільняє держави від подальшої прогресивної реалізації права на здоров'я. Оцінка зусиль, яких докладає держава для прогресивної реалізації, є проблемою, яка виходить за межі даної публікації.

Залежність від наявних ресурсів. Зазначимо зв'язок мінімальних зобов'язань із принципом залежності від наявних ресурсів. У всіх міжнародних документах встановлюється зв'язок між зобов'язанням з імплементації та ресурсами, які має держава [15, с. 26]. О. Чапман вважає, що мінімальні основні зобов'язання держави повинні виконувати негайно, незалежно від наявних ресурсів [16, с. 103]. Хоча далі, посилаючись на Комітет з економічних, соціальних та культурних прав ООН, автор зазначає, що навіть за суттєвої нестачі ресурсів вразливі члени суспільства «можуть і повинні бути захищені шляхом ухвалення відносно недорогих цільових програм» [16, с. 103]. Що стосується наявних ресурсів, то варто зважати на п. 1 ст. 2 МПЕСКП, в якому зазначено: «<...> вжити в максимальних межах (підкреслено авт. – *І. Д.*) наявних ресурсів <...>». Вважаємо, що йдеться про те, як держави мають діяти для забезпечення мінімальних основних зобов'язань.

З огляду на завдання даної статті, розкриємо мінімальні зобов'язання держав щодо громадського здоров'я. Аналіз ч. 2 ст. 12 МПЕСКП [17], в якій затверджено заходи (забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; запобігання епідемічним, ендемічним, професійним та іншим хворобам, лікування таких і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби), необхідні для повного здійснення «права на здоров'я», дозволяє зробити такі висновки. Заходи, що визначені в ч. 2 ст. 12 МПЕСКП, більше стосуються громадського здоров'я, аніж індивідуального права на здоров'я. Підтвердження того, що

зобов'язання, що випливають із МПЕСКП, стосуються громадського здоров'я, є також висновки, висловлені Комітетом з економічних, соціальних та культурних прав ООН у Загальному коментарі № 14 [14]. Реалізація права на здоров'я залежить від низки взаємозалежних елементів. Переконані, що більшість із них стосується саме громадського здоров'я. Громадське здоров'я ми розуміємо як: 1) здоров'я населення (об'єкт правового регулювання); 2) науку та мистецтво попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства, що, серед іншого, передбачає зобов'язання урядів із забезпечення індивідуальних та колективних прав у сфері охорони здоров'я; 3) систему (національну) охорони здоров'я.

Варто звернути увагу на те, що положення ч. 2 ст. 12 МПЕСКП – це не є власне розкриття права на найбільш досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я, про яке йдеться в ч. 1 ст. 12 даного міжнародного документа. Це таке: (1) перелік показників, до яких має йти держава; (2) перелік передумов, за яких право на здоров'я може бути реалізовано; (3) перелік напрямів, в яких держави повинні вжити тих чи інших заходів. Положення ч. 2 ст. 12 МПЕСКП можна визначити як міжнародні норми-цілі. За висловом І. Шутака, норми-цілі міжнародного права мають характер аргументування (пояснення) правового установаження чи обґрунтування (орієнтування) перспективних нормотворчих новацій у національному законодавстві [18, с. 72]. У ч. 1 ст. 2 МПЕСКП зазначено: «Кожна держава <...> зобов'язується <...> вжити в максимальних межах наявних ресурсів заходів для того, щоб забезпечити поступово повне здійснення визнаних у цьому Пакті прав усіма належними способами, серед яких, зокрема, вжиття законодавчих заходів» [17]. Вважаємо, що зазначене загальне положення щодо соціальних прав людини містить цілком реальне зобов'язання – вжити законодавчих заходів. З огляду на завдання та цілі даної статті, питання громадського здоров'я мають бути регламентовані на законодавчому рівні.

З погляду громадського здоров'я як науки та мистецтва попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства до мінімальних зобов'язань належать такі:

1) забезпечення права доступу до об'єктів, товарів та послуг у сфері охорони здоров'я на недискримінаційній основі, особливо для вразливих та соціально відчужених груп [14, п. 43 (а)]. Коли йдеться про доступність, можна говорити про: (1) доступність в аспекті недискримінації; (2) фізичну доступність; (3) економічну доступність. Доступність в аспекті недискримінації [14, п. 12 (b. I)] – це доступність до національної системи охорони здоров'я як за «класичними» дискримінаційними ознаками (раса, колір шкіри, стать, національність), так і для найбільш вразливих або соціально відчужених категорій населення (етнічні меншини та корінні народи, жінки, діти, підлітки, люди похилого віку, особи з інвалідністю, особи, хворі на ВІЛ/СНІД, особи з іншими інфекційними та хронічними захворюваннями). Комітет з економічних, соціальних та культурних прав ООН зазначає, що «держава, в якій яка-небудь значна група осіб позбута <...> елементарної первинної медичної допомоги <...>, не виконує *prima facie* своїх зобов'язань <...>» [1, п. 10]. О. Чапман під час аналізу мінімальних основних зобов'язань держав додає «забезпечення

рівного розподілу всіх закладів охорони здоров'я, товарів та послуг» [16, с. 103]. Доступність в аспекті фізичної доступності [14, п. 12 (b. II)]. Фізична доступність означає, що заклади, товари та послуги у сфері охорони здоров'я мають бути у фізичній доступності для всіх груп населення [14, п. 12b]. Окремо акцентується увага на наявності закладів охорони здоров'я в сільській місцевості (що також, на наш погляд, залежить від держави та побудови її національної системи охорони здоров'я); на доступі осіб з інвалідністю до приміщень. Економічна доступність (доступність із погляду витрат) [14, п. 12 (b. I II), п. 43 (e)] – акцент на принципі справедливості, що передбачає таке: а) гарантування всім групам населення доступу до медичної допомоги, об'єктів, товарів та послуг; б) менш забезпечені домогосподарства не повинні нести непропорційно високі витрати на медичне обслуговування порівняно з більш забезпеченими домогосподарствами. На наш погляд, це передусім зобов'язання держави зі створення такої системи соціального захисту населення (механізму фінансування витрат на охорону здоров'я), яка би гарантувала т. зв. фінансову захищеність найбільш вразливим категоріям населення;

2) мінімальні зобов'язання щодо соціальних детермінантів здоров'я [19]: забезпечення доступу до мінімального базового харчування, адекватного з погляду харчової цінності та безпечного, з метою забезпечення кожній людині свободи від голоду [14, п. 43 (b)]; забезпечення доступу до базового житла та санітарно-гігієнічних послуг, адекватного постачання безпечної питної води [14, п. 43 (c)];

3) ухвалення на основі наявних епідеміологічних даних і здійснення загальнонаціональної державної стратегії з охорони здоров'я і плану дій, що враховують потреби у сфері охорони здоров'я всього населення. Такі стратегії і план мають розроблятися і періодично переглядатися за дотримання принципів участі населення і транспарентності; вони повинні передбачати методи, як-от право на інформацію про показники і орієнтири в області охорони здоров'я, на основі яких можна пильно стежити за досягнутим прогресом; у межах процедури розроблення стратегії і плану дій, а також визначення їхнього змісту варто приділяти особливу увагу всім вразливим або соціально відчуженим групам [14, п. 43 (f)]. К. Янг [12, с. 76] зазначає, що незрозуміло, на яких підставах – філософських чи стратегічних – ці зобов'язання визнано як мінімальні основні. З будь-яких причин такі мінімальні зобов'язання піддаються обґрунтованій критиці. Очевидно, що цілі та пріоритети з охорони здоров'я для кожної країни можуть бути свої. Наприклад, проблеми інфекційних захворювань чи епідемії ВІЛ/СНІДу для країн Африки. Радше варто вести мову про наявність загальнонаціональної державної стратегії з охорони здоров'я і плану дій за формою, а не за її змістом. Положення даного мінімального зобов'язання ілюструє всю суперечливість розуміння категорії громадського здоров'я, на якій ми акцентуємо увагу. Так, громадське здоров'я розглядається як здоров'я всього населення і як наука та мистецтво попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства (визначення Дж. Ештона [20, с. 232]). Показники й орієнтири, про які йдеться в цьому зобов'язанні, по суті є показниками громадського здоров'я;

4) напрямками діяльності та пріоритетами громадського здоров'я визнаються: репродуктивне здоров'я, а також здоров'я матері (у передпологовий і післяполо-

говий періоди) та дітей [14, п. 44 (a)]; боротьба з інфекційними захворюваннями: забезпечення щеплень від основних інфекційних захворювань, поширених у відповідній спільноті [14, п. 44 (b)]; вжиття заходів із метою запобігання епідемічним та ендемічним захворюванням, лікування їх і боротьби з ними [14, п. 44 (c)]; попередження захворюваності: просвітницька діяльність та забезпечення доступу до інформації, що стосується основних медичних проблем у спільноті, зокрема відомостей про методи запобігання таким проблемам і боротьби з ними [14, п. 44 (d)]. Новим об'єктом міжнародно-правової уваги є неінфекційні захворювання.

З погляду на громадське здоров'я як систему охорони здоров'я, до мінімальних зобов'язань належать такі.

Наявність достатньої кількості закладів, що функціонують, товарів та послуг у сфері охорони здоров'я та медичної допомоги, а також відповідних програм; підготовленого медичного персоналу, найважливіших лікарських засобів [14, п. 12 (a)] є ключовим зобов'язанням держав щодо громадського здоров'я. Наявність закладів охорони здоров'я, визначеної системи медичної допомоги та послуг, людських ресурсів, відповідних товарів [1, п. 12], а також системи управління й організації зазначеним – все це фактично є складниками національної системи охорони здоров'я, а отже, *громадського здоров'я в розумінні системи охорони здоров'я*. Коли говоримо про «наявність», варто зважати на два аспекти: 1) чи має держава підходящі та відповідні ресурси; 2) чи має держава можливості та бажання використовувати їх ефективно та належним чином [21, с. 996]. Що стосується наявності системи закладів охорони здоров'я, то варто звернути увагу саме на наявність первинної медико-санітарної допомоги, значущість та функції якої визначені в Алма-Атинській декларації 1978 р. [22]. Мінімальне зобов'язання стосовно наявності лікарських засобів виражене як «забезпечення основними лікарськими засобами, що періодично визначаються в Програмі дії ВООЗ з основних лікарських засобів» [14, п. 43 (d)]. Отже, встановлюються та надаються ознаки імперативності нормам програмних документів міжнародних організацій. Що стосується медичного персоналу, то наголошується на необхідності забезпечення належної підготовки для медичних працівників, зокрема, інформування з питань, що стосуються здоров'я і прав людини [14, п. 44 (e)].

Висновки. Ми залишаємо місце для подальших досліджень та наукової дискусії та пропонуємо такі висновки стосовно мінімальних зобов'язань держав щодо громадського здоров'я. Мінімальні основні зобов'язання – незмінні зобов'язання держав із забезпечення мінімального рівня прав людини, що виникають із моменту укладання МПЕСКП та інших договорів у сфері захисту економічних, соціальних та культурних прав людини. Мінімальні зобов'язання держав загалом і щодо громадського здоров'я зокрема мають ознаки універсальності, неможливості відступлення, прогресивної реалізації, залежності від наявних ресурсів. Питання громадського здоров'я мають бути регламентовані на законодавчому рівні.

Громадського здоров'я як науки та мистецтва попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства стосуються мінімальні зобов'язання держав щодо: забезпечення індивідуальних та колективних прав у сфері охорони здоров'я; забезпечення доступності

об'єктів, товарів і послуг у сфері охорони здоров'я; акценту на соціальних детермінантах здоров'я; наявності державних програмних документів у сфері охорони здоров'я; визнання значущості репродуктивного здоров'я, здоров'я матері та дітей; боротьби з інфекційними захворюваннями; попередженні захворюваності.

Мінімальні зобов'язання держав щодо громадського здоров'я як національної системи охорони здоров'я передбачають: наявність доступних закладів охорони здоров'я, що функціонують; наявність доступного медичного обслуговування (допомоги та послуг, санітарних послуг); наявність кваліфікованого медичного персоналу; наявність товарів у сфері охорони здоров'я: найважливіших лікарських засобів (визначаються ВООЗ) та прийнятного медичного обладнання.

Література

1. Замечание общего порядка № 3 (1990). Природа обязательств государств-участников (п. 1 ст. 2 Пакта): Комитет по экономическим, социальным и культурным правам ООН. Международные договоры по правам человека. Т. 1: Подборка замечаний общего порядка и общих рекомендаций, принятых договорными органами по правам человека. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. 1). 27 May 2008. URL: https://digitallibrary.un.org/record/629675/files/HRI_GEN_1_Rev.9%28Vol.1%29-RU.pdf (дата обращения: 03.04.2018).
2. Рабінович П. Міжнародні стандарти прав людини: властивості, загальне поняття, класифікація. Вісник Національної академії правових наук України. 2016. № 1 (84). С. 19–29.
3. Теорія держави і права: Академічний курс: підручник / за ред. О. Зайчука, Н. Оніщенко. К.: Юрінком-Інтер, 2006. 688 с.
4. Setting international standards in the field of human rights: UN General Assembly Resolution 41/120, 97-th plenary meeting, 4 December 1986. A/RES/41/120. URL: <http://www.un.org/documents/ga/res/41/a41r120.htm> (дата звернення: 03.04.2018).
5. Карташкин В. Права человека в международном и внутригосударственном праве. М.: Институт государства и права РАН, 1995. 132 с.
6. Giacca G. Economic, Social, and Cultural Rights in Armed Conflict. Oxford: Oxford University Press, 2014. 297 p.
7. Hendriks A. The Right to Health in National and International Jurisprudence. European Journal of Health Law. 1998. № 5. P. 389–408.
8. Ляхівненко С. Міжнародні правові стандарти: до визначення поняття та видової характеристики. Держава і право. 2011. № 51. С. 666–672.
9. Пчелинцев В. Международное сообщество и развивающиеся страны: социальное измерение глобализации в XXI в. Глобализация как фактор социальных перемен в современном мире: сб. обзоров и реф. / отв. ред. С. Веселовский. М., 2012. 224 с. С. 55–113.
10. Часто задаваемые вопросы относительно экономических, социальных и культурных прав. Изложение фактов № 33 / Управление Верховного комиссара ООН по правам человека. 2009. URL: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/FS%20FAQ%20on%20ESCR-rus.pdf> (дата обращения: 18.04.2018).
11. Coomans F. In Search of the Core Content of the Right to Education. Brand Danie and Sage Russell. Exploring the Core Content of Economic and Social Rights: South African and International Perspectives. Michigan: Protea Book House, 2002. 268 p.
12. Young K.G. Constituting Economic and Social Rights. Oxford: Oxford University Press, 2012. 384 p.
13. Substantive issues arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Poverty and International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Statement adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on 4 May 2001. Geneva, 23 April – 11 May 2001. E/C. 12/2001/10. URL: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/statements/E.C.12.2001.10Poverty-2001.pdf> (дата звернення: 10.04.2018).
14. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый уровень здоровья (ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах): Коми-

тет по экономическим, социальным и культурным правам ООН. Женева, 25 апреля – 12 мая 2000 г. UNDoc. E/C.12/2000/4.

15. Беляков А. Международно-правовые проблемы обеспечения здравоохранения: дисс. ... канд. юрид. наук: спец. 12.00.10 «Международное право. Европейское право»; Институт государства и права Российской академии наук. М., 2009. 182 с.

16. Chapman A. Globalization, human rights, and the social determinants of health. *Bioethics*. 2009. № 23.2. P. 97–111.

17. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: UN General Assembly, Adopted by resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. URL: <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf> (дата звернення: 10.04.2018).

18. Шутак І. Юридична техніка міжнародного права (загальнотеоретичний аспект). Вісник Національної Академії прокуратури України. 2011. № 3. С. 69–75.

19. Демченко І. Соціальні детермінанти здоров'я та право: взаємозв'язок, суть та значення. *Медичне право*. 2017. № 1 (19). С. 11–20.

20. Ashton John. Acheson: a missed opportunity for a new public health. *British Medical Journal*. 1988. № 296. P. 231–232.

21. Saul Ben, Kinley D., Mowbray J. *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Commentary, Cases and Materials*. New York: Oxford University Press, 2014. 1292 p.

22. Алма-Атинская декларация, принята Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 12 сентября 1978 г. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml (дата обращения: 02.04.2018).

Анотація

Демченко І. С. Мінімальні основні зобов'язання держав щодо громадського здоров'я. – Стаття.

Аналізуються положення міжнародних договорів у сфері захисту прав людини стосовно мінімальних основних зобов'язань держав щодо громадського здоров'я. Досліджується категорія «мінімальні основні зобов'язання», визначаються особливості останніх. Наводиться перелік мінімальних основних зобов'язань держав, виходячи з розуміння громадського здоров'я як науки та мистецтва попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства та як національної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: право на здоров'я, громадське здоров'я, мінімальні основні зобов'язання, зобов'язання держав.

Аннотация

Демченко И. С. Минимальные основные обязательства государств относительно общественного здоровья. – Статья.

Анализируются положения международных договоров в области прав человека относительно минимальных основных обязательств государств по общественному здоровью. Исследуется категория «минимальные основные обязательства», определяются особенности последних. Приводится перечень минимальных основных обязательств государств, исходя из понимания общественного здоровья как науки и искусства предупреждения заболеваний, продления жизни и укрепления здоровья с помощью организованных усилий общества и как национальной системы здравоохранения.

Ключевые слова: право на здоровье, общественное здоровье, минимальные основные обязательства, обязательства государств.

Summary

Demchenko I. S. Minimum core obligations of states regarding public health. – Article.

The article analyzes the provisions, primarily, of international human rights treaties, concerning minimum core obligations of States regarding public health. The category of “minimum core obligations” had been investigated, it's features are determined. A list of minimum core obligations of States is given based on the understanding of public health as a science and art of disease prevention, life extension and health promotion through organized efforts of society, and as a national health system.

Key words: right to health, public health, minimum core obligations, obligations of states.