

# Як забезпечуються права людини під час пологів. Міжнародний та український досвід

## Вступ

Неналежні медичні послуги під час народження дитини, випадки акушерського насильства, обмеження в реалізації партнерських пологів — дедалі частіше ці теми трапляються в засобах масової інформації. Чи дотримуються репродуктивні права людини під час народження дитини? Чи ефективно захищені матері від неналежного поводження з боку медичних працівників і працівниць? Чи не зазнали дискримінації окремі групи батьків, реалізуючи репродуктивні права, особливо під час народження дітей? На ці питання команда правозахисного департаменту ГО «Докудейз» шукатиме відповіді в цьому реферативному огляді.

Метою нашого попереднього дослідження є аналіз основних перешкод у реалізації репродуктивних прав під час народження дитини та способів захисту цього права. Маємо намір досягти цілі за допомогою кількох кроків:

1) окреслення міжнародних стандартів у сфері репродуктивних прав, зокрема прав людини під час народження дитини;

2) ілюстрація основних перешкод, з якими зіштовхуються матері та батьки під час народження дитини в Україні;

3) ідентифікація основних груп зацікавлених сторін у цій сфері.

Цим оглядом ми ініціюємо Інформаційно-адвокаційну кампанію для забезпечення та поваги до прав людини під час народження дитини.

В огляді ми, здебільшого, сфокусуємось на правах людини та захисті люської гідності жінок під час народження дитини, а саме на: забороні катувань та неналежному поводженні, праві на здоров'я, праві на повагу до приватного та сімейного життя, праві не зазнавати дискримінації, а також доступі до правосуддя.

Перешкоди та виклики в реалізації прав людини під час пологів розглянемо в трьох сферах: 1) захист від акушерського насильства та ефективне розслідування; 2) партнерські пологи та 3) захист від дискримінації.

Огляд побудовано на аналізі вторинних джерел, зокрема на дослідженнях організації «Природні права Україна», публікаціях у засобах масової інформації. Окремо в огляді наводяться положення міжнародних договорів у сфері прав людини щодо дотримання цих прав під час вагітності та пологів. Крім того, подано описи національного законодавства.

## I. Ідентифікація та опис проблеми.

Минулого року в Україні народилось 310605 немовлят. Отже, кількості тисяч батьків так чи інакше спілкувались з акушерами та акушерками, гінекологами та гінекологинями. На жаль, інколи отримання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю та пологами, супроводжується порушенням

прав людини. У 2010 році Агентство США з міжнародного розвитку USAID провело дослідження щодо проявів порушень прав людини жінок під час вагітності та пологів. Було виокремлено сім форм таких порушень:

- фізичне насильство, прикладами якого є побої пацієнток, сильний тиск на живіт з метою «витискання» дитини або надмірна фізична сила, щоб «витягнути немовля», грубе розведення ніг, прив'язування<sup>1</sup>;

- медичне втручання без попередньої згоди. Прикладами неінформування пацієнток або проведення медичних дій без їхньої згоди є: кесарів розтин (зокрема, документовані випадки примусу жінок до кесаревого розтину), епізіотомія, гістеректомія, переливання крові, стерилізація (зокрема, стерилізація під час пологів) або переривання вагітності. Йдеться як про відсутність протоколів згоди, так і про брак належної комунікації лікарів/-ок із пацієнтками для належного інформування та отримання згоди<sup>2</sup>;

- порушення приватності та конфіденційності під час медичної допомоги. Прикладом може бути як відсутність приватного простору в пологових будинках та недотримання приватності під час оглядів, так і порушення конфіденційності щодо інформації про пацієнток, зокрема щодо віку, сімейного стану, наявності ВІЛ, історії хвороби та іншого<sup>3</sup>;

- приниження гідності. Прикладами є навмисне приниження, звинувачення, грубе поводження, крик, лайка, публічне розголошення приватної інформації пацієнток і таке інше. Автори дослідження наголошують: те, що в одній спільноті вважається нормою, в іншій можуть прийняти за приниження<sup>4</sup>;

- дискримінація пацієнток за різними ознаками, як-от: за ознаками кольору шкіри, етнічного походження, віку, мови, наявності ВІЛ, релігії та переконань, економічного статусу, освітнього рівня, іншими ознаками<sup>5</sup>;

- відсутність допомоги або ненадання медичної допомоги. Є випадки, коли жінки можуть залишатись на самоті під час переймів. Крім того, за ними може бути відсутній нагляд з боку медичного персоналу під час надзвичайних ситуацій, що може загрожувати життю пацієнток. Крім того, прикладами можуть послугувати відмова надання послуг у пологовому будинку або недостатня кількість необхідного персоналу в іншому<sup>6</sup>;

- утримання жінок у закладах: у деяких країнах жінок з немовлятами могли утримувати в закладах доти, доки ті не сплатять за послуги<sup>7</sup>;

---

<sup>1</sup> Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis / Diana Bowser, Sc.D., M.P.H. Kathleen Hill, M.D. / USAID-TRAction Project Harvard School of Public Health University Research Co., LLC September 20, 2010. – P. 9. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-101\\_Final1.pdf](https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf)

<sup>2</sup> Там само. P. 10.

<sup>3</sup> Там само. P. 10.

<sup>4</sup> Там само. P. 10.

<sup>5</sup> Там само. P. 11.

<sup>6</sup> Там само. P. 13–14.

<sup>7</sup> Там само. P. 15.

Про ситуацію з дотриманням прав людини під час пологів в Україні дізнаємось з Подання громадського об'єднання «Природні права Україна» (далі — Подання), підготовленого для Спеціального доповідача ООН з насильства щодо жінок<sup>8</sup>. Подання підготовано на основі сприйняття жінками дотримання їхніх прав під час вагітності та пологів, отриманого за результатами опитування та фейсбук-флешмобу. Автори Подання виокремили низку сфер, де права людини порушуються.

*Інформована згода.* «На перешкоді реалізації цього права часто є сприйняття медичним персоналом інформованої згоди за бюрократичну формальність та їх переконання, що пацієнтки погано підготовлені до того, щоб приймати рішення щодо свого тіла. Жінки часто відчують залякування та психологічний тиск, коли намагаються реалізувати право на інформовану згоду чи відмовляються від додаткових медичних аналізів, запитують додаткову інформацію чи альтернативні методи лікування. У багатьох випадках жінок не інформують про планове медичне втручання як-то: амніотомія, епізіотомія, вживання ліків або навіть стерилізація»<sup>9</sup>.

*Обмежений доступ до інформації,* що виражається в односторонньому поданні інформації або поданні її без деталей. «Часто жінки повідомляють про неправдиву інформацію щодо ефекту ліків, які вони приймають. Одностороннє або часткове інформування стосується й випадків медичних маніпуляцій, що пропонуються жінці. Приховування або надання обмеженої інформації стосуються стану здоров'я жінки, її народженої чи ненародженої дитини, як і медичні маніпуляції, про які нічого не повідомляється жінкам (наприклад, амніотомія, епізіотомія)»<sup>10</sup>. Додатковою перешкодою, з погляду респонденток, є збереження записів про медичні аналізи в закладах, що часто ускладнює можливість підготовки скарг на порушення прав. Крім того, автори зазначають, що документування перебігу лікування часто ведеться з позиції захисту лікарів від потенційних проблем, тож інформація в записах може бути не правдивою або не охоплювати всіх медичних процедур чи лікарських засобів, які виписувались пацієнткам.

*Доступ до медичних послуг належної якості.* «Україна залишається лідером в Європі за показниками смертності матерів. У 2015 році цей показник склав 24 особи на 100000 населення. Серед причин враховано неналежний доступ до якісних медичних послуг. На цей виклик вказали жінки, що народжували за межами території реєстрації, жінки, що мають низькі доходи, а також жінки, що народжували за межами медичних закладів»<sup>11</sup>. Автори стверджують: незважаючи на затвердження міжнародних протоколів, практика підкоряється попередньому зразку. «Досі поширені

---

<sup>8</sup> Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth: the case of Ukraine / Submission to the United Nations Special Rapporteur on violence against women by the civil society organization «Pryrodni Prava Ukraina». – 2019. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://drive.google.com/file/d/1Sr75oB5g\\_Gigy8UFSicau2uds1xWc7Nj/view](https://drive.google.com/file/d/1Sr75oB5g_Gigy8UFSicau2uds1xWc7Nj/view)

<sup>9</sup> Там само. С. 4.

<sup>10</sup> Там само. С. 5.

<sup>11</sup> Там само. С. 5

занадто медикаментозні, ризиковані або навіть заборонені медичні маніпуляції, які суперечать доказовому акушерству»<sup>12</sup>. Крім того, національна система охорони здоров'я не пропонує підтримки жінкам, що зазнали ПТСР під час пологів: «Жінки, що перенесли перинатальну втрату, не отримують належної психологічної підтримки через брак фахівців і фахівчинь»<sup>13</sup>. До того ж, наявність додаткових сплат, незважаючи на формально безкоштовні пологи, досі залишається викликом.

*Недотримання приватності.* «Жінки часто народжують в присутності незнайомого медичного персоналу, навіть інтернів, що перебувають на місці під час пологів без їхньої згоди». Приватності перешкоджають також прозорі двері в післяпологових кімнатах деяких пологових будинків, що, за твердженням лікарів/-ок, встановлені для безпеки жінок<sup>14</sup>.

*Обмеження на покидання пологових будинків.* У разі госпіталізації під час вагітності, без надання лікарських засобів чи процедур жінки не можуть залишити пологовий будинок до часу формального завершення госпіталізації. Це ж саме стосується кількадечного післяпологового періоду, упродовж якого жінки змушені перебувати в пологовому будинку<sup>15</sup>.

*Випадки неналежного поводження.* За даними опитування 3526-ти жінок у 2015 році, 11% зіштовхнулись із брутальним ставленням до них персоналу, а 23% респонденток зазначили про психологічний тиск з боку медичного персоналу під час пологів<sup>16</sup>: «Інколи застосовуються медичні маніпуляції, що призводять до значних страждань. Таке застосування здійснюється або як примус зробити певне рішення, або як кара «неслухняним» жінкам, що претендують на індивідуальний підхід під час пологів. Післяпологовому огляду, що супроводжується болем та стражданнями, зазнали й жінки, що народжували вдома»<sup>17</sup>.

*Обмеження партнерських пологів.* Є випадки обмеження партнерських пологів однією особою, у той час як формально присутніми можуть бути обидві — у протилежному разі необхідна офіційна відмова з посиланням на надзвичайні обставини<sup>18</sup>.

*Прояви дискримінації.* Жінки можуть зазнавати неоднакового поводження за різними ознаками: «1) Жінки понад 35 років значно частіше зазнають більшої кількості медикаментозних процедур та психологічного тиску; 2) жінки з хронічними захворюваннями (діабет, жінки з інвалідністю, жінки, що живуть з ВІЛ тощо); 3) менш заможні жінки є більш вразливими до неналежного поводження, отримання медичних послуг нижчої якості, їхні потреби частіше ігноруються, може обмежуватись кількість осіб, присутніх під час партнерських пологів; 4) внутрішньо переміщені особи; 5) щодо

---

<sup>12</sup> Там само. С. 6.

<sup>13</sup> Там само.

<sup>14</sup> Там само. С. 6–7.

<sup>15</sup> Там само. С. 7.

<sup>16</sup> Там само.

<sup>17</sup> Там само. С. 8.

<sup>18</sup> Там само. С. 7–8.

сурогатних матерів частіше застосовуються медикалізація та кесарів розтин; б) значно частіше неналежного поводження та ігнорування потреб зазнають лесбійки; 7) жінки-рома так само часто зазнають неналежного поводження, ігноруються, а також отримують медичні послуги нижчої якості»<sup>19</sup>.

*Відсутність можливості народжувати вдома.* Законом заборонено надавати пов'язані з пологами медичні послуги за межами закладів. Водночас частина жінок народжує вдома і може наражатись на ризики неякісної допомоги. За даними вже згаданого опитування 2015 року, «38% з тих, що народжували вдома, допомогу надавали акушерки або лікарі/-ки; 12% народжували за допомогою осіб без медичної освіти; 46% — за допомогою партнера жінки; 6% респонденток народжували без жодної допомоги»<sup>20</sup>.

У Поданні йдеться, що в Україні відсутнє визнання ризику акушерського насильства, як з боку лікарів, так і з боку уряду. Останнє призводить до відсутності відповідної державної політики. «Лише публікації в ЗМІ, кілька акушерів-гінекологів, два громадські об'єднання та одна громадська ініціатива», — працюють над зменшенням цього ризику.

**Лікарська помилка чи неналежне виконання медичним працівником або медичною працівницею своїх професійних обов'язків, що призвели до смерті чи значних порушень здоров'я дитини чи матері, — теми матеріалів, що частіше стали з'являтися у медіа. Ось лише кілька прикладів:**

**1. Рівне.** Одразу після народження дитина впала в кому. У немовляти — порушення нервової системи та органів дихання. Батьки дитини стверджують про неправомірні дії з боку лікарів/-ок та ігнорування умов, за яких слід було проводити кесарів розтин. Відповідна комісія виправдала лікаря. Батьки мають намір використати правові засоби для захисту своїх прав<sup>21</sup>.

**2. Київ.** Батьки мають намір оскаржити неналежне виконання своїх обов'язків лікарями/-ками, через невиявлення лікарями/-ками порушень, через які дитина померла. Лікарі/-ки не звернули увагу на ці порушення до пологів та, за твердженням батьків, фактично підтримували життя дитини в штучний спосіб («давали адреналін», інші засоби, щоб уникнути швидкої смерті дитини)<sup>22</sup>.

**3. Лікарі/-ки не звернули увагу на здоров'я породіллі, унаслідок чого жінка отримала значну травму під час народження дитини, а також втратила можливість народжувати дітей у майбутньому<sup>23</sup>.**

Іншим джерелом, що дає уявлення про ситуацію з дотриманням прав людини під час пологів є результати анкетного опитування, проведеного вже згаданою організацією «Природні права Україна». Упродовж грудня

<sup>19</sup> Там само.

<sup>20</sup> Там само. С. 9–10.

<sup>21</sup> <https://life.pravda.com.ua/society/2018/11/13/234136/>

<sup>22</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=hYFSnGNfvyY>

<sup>23</sup> <http://thedevochki.com/2021/02/01/ya-chuyu-kryk-svoyeyi-dytyny-bachu-slozy-na-ochah-u-cholovika-i-vidchuva-yu-porozhnechu-vsередyni-abo-moyi-pology-v-pryvatomu-pologovomu-budyunku/>

2018–липня 2019 року було опитано 7099 жінок із восьми областей України. Опитування не є репрезентативним, проте його результати дозволяють простежити деякі тенденції. Значна кількість респонденток (76%) народжували з партнерською підтримкою (найбільше у Львівській області — 89%, найменше в Київській — 63%). Щодо перебігу пологів, то в 24% вагінальні пологи були викликані штучно, причому 29% жінок не знали про причину стимуляції. 47,7% респонденток зазначили, що мали достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду. 53,9% отримали всю необхідну інформацію щодо причин та наслідків медичного втручання та відповіді на всі питання, перш ніж підписати інформовану згоду, тоді як 46,1% опитаних не отримали таких пояснень. «Переважає більшість жінок (69,4%) не пам'ятають, щоб вони підписували окрему згоду на активне (або пасивне) ведення третього періоду пологів, тобто або на укол окситоцину для прискорення народження плаценти, або на очікування, доки плацента народиться фізіологічним шляхом», — зазначено в результатах опитування<sup>24</sup>.

У 68% пологів застосовувались медикаменти, причому у 25% жінок не питали згоди та не надавали пояснень такому застосуванню. Це при тому, що ситуація не була екстреною. У третині випадків, де було здійснено амніотомію, жінкам не було повідомлено про причини такого кроку та не отримано їхню згоду. Для 28% респонденток не була зручною позиція, у якій вони народжували. «Половину жінок просто покляли народжувати на спину, а вони не знали про більш зручні позиції, 41% не знайшли більш зручної позиції, а от 9% жінок лікарі/-ки змусили народжувати в незручній позиції попри бажання жінки змінити її». До 27% респонденток застосовувалась процедура тиснення на живіт для пришвидшення народження дитини. При цьому «у 31 випадку тиснути на живіт жінки просили її чоловіка»<sup>25</sup>.

Переважає кількість анкетованих респонденток високо оцінила підтримку медичного персоналу під час пологів (70%). Водночас у більшості позитивних оцінок йдеться саме про підтримку з боку лікарів/-ок пологових відділень. Проте 16% жінок зауважили про неприязне до них ставлення. Та ж відсоткова частка опитаних вважала, що під час пологів приватність не була дотримана. Загалом рівень задоволення/незадоволення досвіду пологів складає 77% проти 23%. До того ж, 69% жінок мали намір знову народжувати в тому ж пологовому будинку. Серед умов у пологових будинках найбільше респондентки бажають покращити: побутові умови — 56%; забезпечення закладів обладнанням та/чи ліками — 54%; 36% опитаних очікують на більш приязне та доброзичливе ставлення; 34% опитаних турбує корупція, а 33% хочуть офіційно сплачувати за послуги пологів для гарантії отримання цих послуг; 28% матерів вважають необхідним підвищення кваліфікації персоналу; 22% прагнуть більшого залучення до ухвалення рішень під час

---

<sup>24</sup> <https://www.facebook.com/pryrodni/posts/1321183281577246>

<sup>25</sup> <https://www.facebook.com/pryrodni/posts/1321334711562103>

пологів; 19% — більш природного, на противагу медикалізованому, способу пологів; 16% не вистачає акушерського догляду<sup>26</sup>.

Пандемія теж мала обмежувальний вплив на дотримання прав людини під час пологів. Отож у пологових будинках багатьох областей партнерські пологи практично заборонили. І то відповідного рішення Міністерством охорони здоров'я щодо обмеження партнерських пологів не було ухвалено<sup>27</sup>. МОЗ обмежилось лише листом із рекомендаціями щодо необхідності дотримання карантинних норм. Проте ні акції за партнерські пологи, ні петиція на ім'я Президента України не змінили ситуацію і, наразі, кожна область чи місто, а то й пологовий будинок, ухвалюють рішення щодо присутності партнерів під час пологів<sup>28</sup>.

## II. Окреслення правового поля.

Базовим законодавчим актом, який стосується сфери здоров'я, а отже й права людини під час пологів, є Основи законодавства України про охорону здоров'я (далі — Закон)<sup>29</sup>. Закон, зокрема, визначає медичну допомогу як діяльність професійно підготовлених медичних працівників і працівниць, спрямовану на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями та патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами<sup>30</sup>. Пацієнтом/-кою, згідно з Законом, є фізична особа, що звернулася за медичною допомогою та/або якій така допомога надається<sup>31</sup>. Отже, пацієнтками є й жінки, що отримують медичну допомогу під час вагітності та пологів.

Серед принципів охорони здоров'я Закон, зокрема, визначає: дотримання прав і свобод людини та громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; гуманістичну спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної й реабілітаційної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я<sup>32</sup>. Це підтверджує декларування принципів недопущення дискримінації та пріоритету прав людини. Серед інших проголошених принципів перераховано: орієнтацію на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із

---

<sup>26</sup> <https://www.facebook.com/pryrodni/posts/1321415271554047>

<sup>27</sup> <https://hromadske.ua/posts/ne-robi-tak-shob-u-likariv-trusilisya-ruki-yak-v-ukrayini-boryutsya-za-partnerski-polog-i-pid-chas-covid-19>

<sup>28</sup> <https://www.facebook.com/pryrodni>

<sup>29</sup> Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст. 19). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

<sup>30</sup> Там само. Абзац частини першої статті 3.

<sup>31</sup> Там само.

<sup>32</sup> Там само. Частина перша статті 4.

світовим досвідом у сфері охорони здоров'я<sup>33</sup>. Судячи з повідомлень, на які ми звертали увагу вище, хотілося б більш чіткого дотримання цих положень під час надання пов'язаних з пологоми послуг.

Право на охорону здоров'я визначається статтею 6 Закону. Окрім іншого, це право складає: д) кваліфікована медична та реабілітаційна допомога, разом із вільним вибором лікаря/-ки та фахівця/фахівчині з реабілітації, вибором методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря/-ки та фахівця/фахівчині з реабілітації, вибором закладу охорони здоров'я («Кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій»<sup>34</sup>); е) достовірна та своєчасна інформація про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включно з існуючими й можливими факторами ризику та їх ступенем; и) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я; і) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди; ї) оскарження неправомірних рішень і дій працівників і працівниць, закладів та органів охорони здоров'я. Більше того, до складу цього права входить можливість проведення незалежної медичної експертизи, зокрема й у випадках, коли дії працівників і працівниць охорони здоров'я порушують право на охорону здоров'я, а також право пацієнта/-ки, що перебуває на стаціонарному лікуванні, на допуск до нього, зокрема, членів сім'ї<sup>35</sup>. Щодо державних гарантій права на охорону здоров'я, то в цьому переліку міститься встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я<sup>36</sup>. Декларується, що Основи захисту прав пацієнтів/-ок визначаються Законом<sup>37</sup>. Крім окресленого Закону, права в сфері охорони здоров'я визначені Цивільним кодексом України (статті 281–287).

Законом виокремлені також питання інформування про лікування та інформованої згоди, що відповідають праву на невтручання до приватного й сімейного життя. «Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я, — йдеться в статті 39 Закону: — Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я»<sup>38</sup>. Отже, законодавство підтверджує необхідність надання повної інформації щодо стану здоров'я жінки під час пологів і вагітності та щодо методів лікування. Зокрема, у наступній статті 40 Закону йдеться про право

<sup>33</sup> Там само. Абзац 7 частини першої статті 4.

<sup>34</sup> Там само. Стаття 38.

<sup>35</sup> Там само. Частина перша статті 6.

<sup>36</sup> Там само. Стаття 7.

<sup>37</sup> Там само. Стаття 24.1

<sup>38</sup> Там само. Частини перша та третя статті 39 Закону.

на таємницю діагнозу та лікування. У попередньому розділі ми розповіли про виклики, з якими стикаються, щодо цього права, зокрема про прояви дискримінації за станом здоров'я.

Згідно з Законом, медичним втручанням є застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини. Допускається медичне втручання лише у разі, якщо воно не може завдати шкоди здоров'ю людини. Винятки можливі лише у випадках існування ризику для життя. Медичне втручання відбувається лише за згодою пацієнта/-ки (виняток — малолітні пацієнт(к)и та пацієнт(к)и, що визнані судом недієздатними). Ще одним винятком може бути пряма загроза життю пацієнта/-ки. В інших ситуаціях слід комунікувати з пацієнтом/-кою щодо наслідків та, за відсутності згоди, вимагати укладення відповідного акту<sup>39</sup>.

Методи стерилізації застосовуються за бажанням повнолітнього пацієнта/-ки в закладах охорони здоров'я відповідно до медичних показань<sup>40</sup>.

Окремий розділ Закону (розділ VII) охоплює питання здоров'я матері та дитини. «Охорона здоров'я матері та дитини забезпечується організацією широкої мережі жіночих, медико-генетичних та інших консультацій, пологових будинків, санаторіїв та будинків відпочинку для вагітних жінок і матерів з дітьми, ясел, садків та інших дитячих закладів; наданням жінці відпустки у зв'язку з вагітністю і пологами з виплатою допомоги по соціальному страхуванню та встановленням перерв у роботі для годування дитини; виплатою у встановленому порядку допомоги у зв'язку з народженням дитини і допомоги на час догляду за хворою дитиною; заборонаю застосування праці жінок на важких і шкідливих для здоров'я виробництвах, переведенням вагітних жінок на легку роботу із збереженням середнього заробітку; поліпшенням і оздоровленням умов праці та побуту; усуненням негативних екологічних факторів; державною і громадською допомогою сім'ї та іншими заходами у порядку, встановленому законодавством України»<sup>41</sup>. «Заклади охорони здоров'я забезпечують кожній жінці кваліфікований медичний нагляд за перебігом вагітності, стаціонарну медичну допомогу при пологах і медичну допомогу матері та новонародженій дитині»<sup>42</sup>.

За порушення законодавства в сфері охорони здоров'я передбачається цивільна, кримінальна та адміністративна відповідальність<sup>43</sup>. Отож на дії чи бездіяльність медичних працівників і працівниць можна подати скаргу до керівника або керівниці закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу, якому підпорядковується заклад, або до уряду<sup>44</sup>. Для розгляду скарг можуть скликатись комісії. Власне, клініко-експертні комісії є консультативно-дорадчими органами, покликаними розглядати звернення чи

<sup>39</sup> Там само. Стаття 42, 43.

<sup>40</sup> Там само. Стаття 49.

<sup>41</sup> Там само. Стаття 57.

<sup>42</sup> Там само. Стаття 58.

<sup>43</sup> Там само. Стаття 80.

<sup>44</sup> Повідомлення від МОЗ України. <http://khpg.org/1553629780>

скарги щодо якості надання медичної допомоги. Отже, на рівні закладу охорони здоров'я для оцінки якості надання медичної допомоги чи медичного обслуговування створюється Медична рада (далі — Медична рада)<sup>45</sup>. Медична рада як консультативний орган спрямована на залучення працівників і працівниць закладу до проведення відповідної оцінки. До завдань Медичної ради, зокрема, належить: здійснення експертизи відповідності наданої медичної допомоги та медичного обслуговування вимогам клінічних настанов та протоколів у сфері охорони здоров'я; підготовка та подання документації для розгляду клініко-експертними комісіями з рецензією щодо допущених порушень і помилок під час надання медичної допомоги та медичного обслуговування і рекомендаціями щодо уникнення таких помилок надалі<sup>46</sup>. До функцій Медичної ради віднесено й підготовку пропозицій керівництву закладу щодо забезпечення прав та безпеки пацієнтів/-ок, а також скарг пацієнтів/-ок або близьких їм осіб. Головує на засіданні Медичної ради керівник або керівниця закладу, а до її складу входять працівники та працівниці. Останнє може ускладнювати об'єктивне з'ясування обставин скарг пацієнтів/-ок.

На обласному рівні функціонують клініко-експертні комісії (далі — КЕК)<sup>47</sup>. КЕК як консультативно-дорадчий орган «утворюється для колегіального розгляду звернень фізичних та юридичних осіб, правоохоронних органів щодо клініко-експертних питань профілактики, діагностики, медичного лікування, реабілітації, оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування за конкретними випадками у закладах охорони здоров'я, незалежно від форми власності та підпорядкування та фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність у сфері охорони здоров'я у відповідній адміністративно-територіальній одиниці України». До основних завдань КЕК належить проведення експертної оцінки запитуваної документації щодо якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування, кваліфікації фахівців і фахівчинь та щодо відповідності якості медичним протоколам та настановам. «Клініко-експертна оцінка якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування проводиться у випадках смерті пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання ЗОЗ або ФОП стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами заявника та/або особи, яка представляє

---

<sup>45</sup> Положення про медичну раду закладу охорони здоров'я затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 № 69. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0287-16#n4>

<sup>46</sup> Там само.

<sup>47</sup> Положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 № 69. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0286-16#n4>

інтереси заявника»<sup>48</sup>. На засіданні комісії, за потреби або за чиєїсь ініціативи, можуть бути присутніми заявник чи заявниця або особа, що діє в його/її інтересах. До складу КЕК входять працівники та працівниці підрозділу охорони здоров'я, фахівці та фахівчині у відповідній сфері, а також представники громадських об'єднань чи асоціацій. КЕК оцінює, з-поміж іншого, дотримання Основ законодавства України про охорону здоров'я, вивчення думок пацієнтів/-ок щодо наданої медичної допомоги та медичного обслуговування, а також забезпечення прав та безпеки пацієнтів/-ок.

Такою ж є ціль створення клініко-експертної комісії МОЗ України<sup>49</sup>. Власне, як і завдання та способи діяльності. Клініко-експертна оцінка комісії проводиться після розгляду звернень відповідною комісією на обласному рівні або у випадку незгоди заявника або заявниці з рішенням КЕК. За потреби або ініціативи, на засіданні комісії можуть бути присутніми заявник чи заявниця або особа, що представляє його/її інтереси.

Кримінальна відповідальність через порушення прав людини, зокрема прав пацієнта/-ки, передбачена за: зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби внаслідок неналежного виконання медичним чи фармацевтичним працівником своїх обов'язків (стаття 131); розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків (стаття 132); ненадання допомоги особі, зокрема дитині, яка перебуває в небезпечному для життя стані (статті 136, 137); ненадання, без поважних причин, хворому допомоги медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленними правилами, надати таку допомогу, якщо йому наперед відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого (стаття 139); невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків унаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого (стаття 140); проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта або його законного представника чи представниці, а також щодо неповнолітніх чи недієздатних, якщо ці дії спричинили смерть пацієнта або інші тяжкі наслідки (стаття 141). Додатково можна розглядати злочини, передбачені статтями 142–145<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Там само.

<sup>49</sup> Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text>

<sup>50</sup> Цитовані статті Кримінального кодексу України (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2001, № 25-26, ст.131). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#n867>

За повідомленням Ігоря Караваєва, адвоката, що аналізував реалізацію статті 140 Кримінального кодексу України, «за період січня–вересня 2019 року зареєстровано 524 кримінальні правопорушення, які були кваліфіковані за цією статтею: із них 136 закрито на підставі відсутності складу злочину або події злочину. Слід зазначити, що, згідно з даними Єдиного державного реєстру судових рішень, за останні 10 років у судах різних інстанцій було розглянуто лише 135 кримінальних проваджень, які відкриті за ст. 140 КК України. Найбільша кількість обвинувачень висунута акушер(к)ам-гінекологам (близько 30%), хірургам (близько 23%), терапевтам (12%), анестезіологам (11%). Цікаво, що в цих 135 кримінальних провадженнях, які відкриті за ст. 140 КК України і надійшли до суду, щодо 109 осіб вину обвинувачених доведено, щодо 8 осіб винесено виправдувальні вироки, щодо 18 осіб справи повернуто на додаткове розслідування. Зі 109 осіб, вину яких доведено, 80 осіб звільнено від кримінальної відповідальності (амністія, закінчення строків давності, зміна обстановки, примирення винного з потерпілим, передача особи на поруки), а реально засудженими були лише 29 осіб<sup>51</sup>.

Уже згаданий експерт наводить низку причин ситуації, пов'язаної з реалізацією статті 140 Кримінального кодексу України: «Нестача у слідчого відповідних спеціальних знань (необхідність проведення експертизи, залучення вузькопрофільних фахівців для проведення слідчих/розшукових дій і небажання розслідувати подібні злочини). Необхідність швидкого отримання ухвали слідчого судді про тимчасовий доступ до речей і документів. На практиці часто трапляються ситуації, коли внаслідок зволікання із отриманням такої ухвали медична установа встигає знищити докази. Кругова порука, яка полягає у знищенні доказів (знищення даних медичних карток, результатів аналізів тощо). Бажання будь-яку невдалу маніпуляцію чи оперативне втручання, яке призвело до тяжких наслідків, списати виключно на лікарську помилку. Покривання керівниками медичних установ своїх підлеглих. Активна протидія розслідуванню. Тонка межа розрізнення халатності й нещасного випадку, лікарської помилки й виправданого медичного ризику»<sup>52</sup>.

Для проведення пологів, як і в інших випадках пов'язаного з пологами медичного втручання, лікарі/-ки мають керуватись, між іншим, медичними протоколами, що є нормативними актами Міністерства охорони здоров'я України. У відкритому доступі ми не знайшли актуальних клінічних протоколів, зокрема, щодо здійснення нормальних пологів. «Природні права Україна» повідомляють, що «в Україні немає діючих національних медичних протоколів щодо ведення нормальних пологів»<sup>53</sup>. Організація виявила, що

<sup>51</sup> Ігор Караваєв. Лікарська помилка чи професійна халатність // Юридична газета. - №13 (719). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<https://jur-gazeta.com/publications/practice/medichne-pravo-farmacevtika/likarska-pomilka-chi-profesiy-na-halatnist.html>

<sup>52</sup> Там само.

<sup>53</sup> <https://www.facebook.com/pryrodni/posts/1066462913715952/>

МОЗ рекомендує застосовувати перекладати та застосовувати міжнародні настанови<sup>54</sup>. Формальна відсутність відповідних настанов може стати додатковим викликом у розслідуванні випадків порушень прав людини під час пологів.

### III. Міжнародний досвід.

Права людини під час пологів є предметом міжнародних та регіональних договорів у сфері прав людини. До того ж, міжнародні організації пропонують стандарти щодо перебігу пологів, включно з дотриманням прав людини.

**Глобальний рівень.** Як частина права на здоров'я, права людини під час пологів входять до Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права. Крім того, про дотримання прав жінок говорить і Конвенція з ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок.

Стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права повідомляє про визнання державами права кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Серед заходів, що мають вжити держави, є, зокрема, забезпечення скорочення мертвонародженості<sup>55</sup>. У Загальному коментарі №14 Комітет з економічних, соціальних та культурних прав (далі — КЕСКП) роз'яснив імплементацію статті: «Право на здоров'я є короткою формою для права на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Право на здоров'я — це не просто право бути здоровим або право на охорону здоров'я, воно містить більш складне і глибоке розуміння права на здоров'я». КЕСКП вказує, що «право на здоров'я розуміється як право на використання низки закладів, товарів, послуг та умов, необхідних для реалізації найвищого досяжного рівня здоров'я»<sup>56</sup>.

КЕСКП визначив основні елементи права:

- *Наявність* 1) закладів охорони здоров'я, товарів, послуг і програм, доступних у достатній кількості; 2) лікарень, поліклінік або інших закладів охорони здоров'я; 3) кваліфікованого медичного і професійного персоналу; 4) основних лікарських засобів.
- *Доступність* розглядається в контексті доступу кожного та кожної до програм та послуг без дискримінації:
  - а) фізична доступність для всіх: установи, товари та послуги повинні знаходитись у фізичній досяжності для всіх груп населення, зокрема для вразливих груп (етнічних меншин, корінних народів, жінок, дітей, підлітків, осіб похилого віку, осіб з інвалідністю), — йдеться й про доступ до будівель та інформації маломобільних груп населення, людей, що живуть з ВІЛ тощо,

---

<sup>54</sup> Там само.

<sup>55</sup> Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права. Офіційний переклад. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_042](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_042)

<sup>56</sup> Загальне зауваження Комітету ООН із економічних, соціальних та культурних прав № 14(2000). – С. 5. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11)

а також про фізичну доступність до Передумови здоров'я (безпечна питна вода, адекватні санітарні норми) для різних категорій населення, у сільській місцевості зокрема;

б) економічна доступність (з точки зору доходів) — це забезпечення принципу справедливості, що передбачає уникнення суттєвих фінансових труднощів менш заможними домогосподарствами, у порівнянні з більш заможними<sup>57</sup>: медичні послуги та послуги, пов'язані з визначальними передумовами охорони здоров'я, мають ґрунтуватися на рівноправності, тобто бути доступними за ціною для всіх, пропорційними та необтяжливими щодо доходів бідних верств населення;

в) інформаційна доступність: інформація доступна; інформаційна доступність складає право шукати, одержувати і поширювати інформацію та ідеї з питань охорони здоров'я, одночасно поважаючи право на конфіденційність персональних даних<sup>58</sup>.

– *Прийнятність* передбачає дотримання принципів медичної етики, відповідність культурним особливостям, врахування гендерної проблематики та життєвого устрою<sup>59</sup>.

– *Якість*: йдеться про належний фаховий рівень персоналу, забезпечення достатньою необхідною медикаментозною базою. Звертається увага й на санітарні умови, у яких функціонують заклади<sup>60</sup>, дотримання питань медичної етики та забезпечення конфіденційності інформації<sup>61</sup>. До належної якості належить і напрям залучення на місцевому рівні мешканців до планування та запровадження рішень у сфері здоров'я, зокрема щодо реалізації стратегій національного рівня<sup>62</sup>. Заклади охорони здоров'я, товари та послуги повинні мати належний науковий та медичний рівень, що складають кваліфіковані медичні кадри, науково обґрунтовані лікарські засоби та медичне обладнання, безпечна питна вода й адекватні санітарно-гігієнічні умови<sup>63</sup>.

Окремий коментар №22 КЕСКП стосується права на сексуальне та репродуктивне здоров'я<sup>64</sup>. КЕСКП вказав, що це право, з-поміж іншого, складає ухвалення вільних та відповідальних рішень щодо репродуктивного здоров'я без насильства, примусу й дискримінації. Як і в загальному коментарі №14, до компонентів права репродуктивного здоров'я належать:

<sup>57</sup> Там само. Крім того, коментар Комітету із соціальних прав Ради Європи.

<sup>58</sup> Охорона здоров'я і права людини : ресурсний посібник / за науковою редакцією І.Я. Сенюти (укр. версія). – 5-те вид., доп. – Львів : Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2015. – С. 11.

<sup>59</sup> Там само.

<sup>60</sup> Там само. С. 6.

<sup>61</sup> Загальне зауваження Комітету ООН із економічних, соціальних та культурних прав № 14(2000). – С. 6. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11)

<sup>62</sup> Там само. С. 25. Крім того, у Статті XVII Європейської хартії захисту прав людини у містах. European Charter for the Safeguarding of Human Rights in the City, укладена у Сен-Дені 2000 року. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.uclg-cisdp.org/en/right-to-the-city/european-charter>

<sup>63</sup> Охорона здоров'я і права людини : ресурсний посібник / за науковою редакцією І.Я. Сенюти (укр. версія). – 5-те вид., доп. – Львів : Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2015. – С. 11.

<sup>64</sup>

наявність, доступність, прийнятність та якість<sup>65</sup>. Особливий акцент КЕСКП зроблено на недискримінації різних груп у реалізації права на сексуальне та репродуктивне здоров'я.

Стаття 12 Конвенції Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок стосується заходів із ліквідації дискримінації щодо жінок у сфері здоров'я. Зокрема, частина друга цієї статті повідомляє: «Держави-сторони забезпечують жінкам відповідне обслуговування в період вагітності, пологів і післяпологовий період, надаючи, коли це необхідно, безплатні послуги, а також відповідне харчування в період вагітності та годування»<sup>66</sup>.

Комітет ООН з ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок (далі — КЛДЖ) підготував Загальний коментар щодо цієї імплементації статті: «Комітет відзначає, що обов'язком держав-учасниць є забезпечення прав жінок на безпечні пов'язані з пологами послуги, а також екстрені акушерські послуги. Держави мають виділяти на ці послуги максимально можливі ресурси»<sup>67</sup>.

У Загальному коментарі №35 щодо насильства за ознакою статі, КЛДЖ вказує, що формами насильства за ознакою статі можуть бути принизливе ставлення до жінок, які цікавляться інформацією, товарами та послугами, пов'язаними з репродуктивним здоров'ям<sup>68</sup>. Загалом Комітет відзначає, що насильство щодо жінок є гендерно зумовленим насильством, у зв'язку зі статтю жінки. Тож неналежне поводження щодо жінок під час пологів теж розглядається як гендерно зумовлене насильство<sup>69</sup>.

Продовжуючи тему жорстокого поводження щодо жінок під час вагітності та пологів, хочемо привернути увагу до позиції Спеціального доповідача ООН з питань насильства щодо жінок, його причинах та наслідках. Ми вже згадували цей інститут, коли говорили про внесок зацікавлених сторін України в підготовку доповіді «Застосування підходу прав людини до проблеми жорстокого поводження з жінками та здійснюваного щодо жінок насильства під час надання послуг з репродуктивного здоров'я з приділенням особливої уваги пологам та акушерському насильству» (далі — Доповідь)<sup>70</sup>. У Доповіді зазначається, що неналежне поводження щодо жінок під час пологів є поширеним, незалежно від соціальних груп, фактично на глобальному рівні<sup>71</sup>. У Доповіді також

---

<sup>65</sup> Там само.

<sup>66</sup> Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. Офіційний переклад. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_207#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text)

<sup>67</sup> Пункт 27 Загального коментаря № 24. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en)

<sup>68</sup> <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/Recommendations.aspx>

<sup>69</sup> Там само.

<sup>70</sup> Текст доповіді за посиланням <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/27/PDF/N1921327.pdf?OpenElement>

<sup>71</sup> Там само. Пункт 15.

стверджується: увага до цього явища була незначною у зв'язку з тим, що в багатьох країнах прояви неналежного поводження вважаються нормою. Водночас, з розвитком інформаційних технологій, випадки оприлюднення доказів неналежного поводження щодо жінок стали більш чисельними<sup>72</sup>.

Серед форм жорстокого поводження в Доповіді зазначаються: примусові аборти та стерилізації; операції з хірургічного розширення кісток тазу, зловживання при призначенні кесаревого розтину; зловживання епізіотомією, надмірне використання медикаментів та гінекологічні огляди некваліфікованим персоналом; «витискання дитини»; недотримання приватності (вагінальний огляд у присутності третіх осіб); розголошення стану здоров'я та діагнозів; операції, зокрема накладання швів без належної анестезії; вербальні приниження та образи<sup>73</sup>. У Доповіді згадані також випадки недотримання на практиці інформованої згоди<sup>74</sup>.

У Доповіді виділено також причини неналежного поводження: умови роботи та обмеження в сфері охорони здоров'я, тобто неналежні умови праці медичних фахівців і фахівчинь (низькі заробітні плати, надто тривалий робочий день); превалювання чоловіків у сфері гінекології та акушерства; недостатні ресурси на створення центрів здоров'я та материнства; недостатній рівень підготовки медичних фахівців і фахівчинь, зокрема в питаннях етики та прав людини; прояви дискримінації, а також гендерні стереотипи та упередження; статусний дисбаланс, коли стосунки лікаря/-ки та пацієнта/-ки здебільшого базуються на професійних знаннях та досвіді з одного боку та на необізнаності та залежності з іншого, — усе це також зумовлює випадки неналежного поводження<sup>75</sup>.

Державам рекомендується ухвалити законодавство та стратегії попередження та протидії неналежному поводженню та насильству щодо жінок під час вагітності та пологів, а також забезпечити ефективно розслідування випадків насильства. Права людини під час пологів повинні поважати. Проведення такого незалежного розслідування відповідно до скарг мало б передувати подальшій розробці стратегій подолання цього явища. Забезпечення таких прав має здійснюватись, зокрема, за допомогою виділення достатніх ресурсів для підтримки репродуктивного здоров'я. Окрім того, державам рекомендується забезпечити співпрацю професійних медичних асоціацій, закладів охорони здоров'я з організаціями, що працюють у сфері захисту прав жінок та репродуктивного здоров'я. Державам слід продовжити розробку стратегій у сфері репродуктивного здоров'я та народження дітей, які б базувались на підході, заснованому на правах людини, та відповідали б міжнародним стандартам у сфері вагітності та пологів, забезпечуючи дотримання прав людини, зокрема й приватності<sup>76</sup>.

---

<sup>72</sup> Там само. Пункти 16-20.

<sup>73</sup> Там само. Пункти 21 – 31.

<sup>74</sup> Там само. Пункти 32 – 36.

<sup>75</sup> Там само. Пункти 40 – 52.

<sup>76</sup> Там само. Пункти 75 – 80.

Слід організувати фіксування даних щодо фізіологічних пологів, кесаревих розтинів, епізіотомії, іншого втручання під час пологів на рівні закладів та регіонів. Варто створити механізми, за допомогою яких жертви насильства змогли б отримати належне відшкодування<sup>77</sup>.

Державам слід боротись зі структурними проблемами сфери репродуктивного здоров'я, як-от: із відсутністю в медичних працівників і працівниць належної освіти у відповідній сфері, а також у сфері прав людини/жінок; із недостатністю кваліфікованих фахівців і фахівчинь та з наслідками цього — значним навантаженням на працівників і працівниць сфери та з бюджетними обмеженнями<sup>78</sup>.

Державам також необхідно на практиці ефективно втілювати принцип інформованої згоди. Ухвалити правові норми та стратегії для реалізації принципу інформованої згоди, зокрема щодо кесаревого розтину, епізіотомії та іншого втручання під час пологів. Так само слід гарантувати жінкам вибір позиції при пологах та гарантувати приязне ставлення<sup>79</sup>.

Крім того, варто гарантувати права жінок на присутність особи відповідно до їхнього вибору під час пологів. Як і розглянути можливості законодавчого регулювання домашніх пологів та уникнення кримінальної відповідальності при пологах вдома<sup>80</sup>.

Окреслюючи міжнародні стандарти у визначеній сфері, звернемось до Всесвітньої організації охорони здоров'я. До слова, ще у 2015 році ВООЗ оприлюднила заяву, у якій засудила «відкрите фізичне насильство, серйозні приниження та вербальні образи, примусові або непогоджені з пацієнтками медичні процедури (зокрема стерилізацію), недотримання конфіденційності, відсутність повноцінної інформованої згоди, відмови надавати знеболюючі, грубе порушення приватності, відмову в госпіталізації, неналежна увага до жінок під час пологів, що наражає їх на небезпеку життю, якої можна було б уникнути»<sup>81</sup>. У 2018 році ВООЗ видала Рекомендації щодо догляду в інтранатальний період для формування позитивного досвіду пологів (далі — Рекомендації)<sup>82</sup>. Готуючи Рекомендації, ВООЗ відштовхувались від передумови: по-перше, переваги для жінок фізіологічних пологів, що дає відчуття особистого досягнення; по-друге, бажання активно брати участь в прийнятті рішень, навіть за потреби медичного втручання. У документі стверджується відсутність єдиної універсальної чи стандартизованої концепції нормальних пологів. Разом з тим, наявний негативний досвід (як щодо спроможності народжувати, так і щодо досвіду жінок, що є наслідком

---

<sup>77</sup> Там само.

<sup>78</sup> Там само.

<sup>79</sup> Там само.

<sup>80</sup> Там само.

<sup>81</sup> <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/27/PDF/N1921327.pdf?OpenElement>

<sup>82</sup> Рекомендації як й інші оновлені стандарти ВООЗ опубліковані за посиланням [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/en/)

зростаючого втручання медиків до процесу пологів)<sup>83</sup>. Ми не будемо описувати всі рекомендації, число яких у документі сягає 56 позицій. Звернемо увагу лише на окремі. Отже, упродовж усього періоду вагітності та пологів рекомендовано таке: «Під час догляду ставитись до жінок з повагою до їх гідності, особистої цілісності та конфіденційності, а також забезпечити захист від шкоди, неправильного лікування, можливість інформованої згоди та безперервну підтримку». Також «рекомендовано ефективне спілкування між жінкою, що народжує, та персоналом». У рекомендаціях наголошується й на присутності партнера під час пологів<sup>84</sup>. Рекомендації також стосуються того, які засоби лікування слід застосовувати, а від яких — краще відмовитись.

Заслуговує на увагу й глобальна Стратегія здоров'я жінок, дітей та підлітків<sup>85</sup>. Стратегія побудована згідно з чотирма компонентами: виживання, процвітання, розвиток, зміни. Серед цілей компоненту «виживання» передбачено: зниження материнської смертності під час народження дитини до 70 випадків на 100000 народження; зниження смертності немовлят щонайменше до 12 випадків на 1000 народжених у кожній країні. До слова, на час ухвалення Стратегії смертність матерів складала 307000 щорічно, а смертність немовлят – 2,7 мільйона. У компоненті «розвиток» згадано забезпечення загального доступу до медичних послуг у сфері репродуктивного здоров'я, зокрема до послуг планування сім'ї, а також дотримання прав людини в цій сфері. На меті «змін» — подолання дискримінації та насильства щодо жінок та дівчат. Наскрізними в Стратегії є теми прав людини та гендерної рівності як обов'язкової умови забезпечення права на здоров'я<sup>86</sup>.

**Регіональний рівень.** На рівні Ради Європи питання прав людини під час вагітності та пологів, а також репродуктивного здоров'я, наявні в практиці Європейського суду з прав людини, зокрема в справах, що стосуються статті 3 «Заборона катування» та статті 8 «Право на повагу до приватного та сімейного життя» Європейської конвенції захисту прав людини та основоположних свобод.

Так, питання дотримання приватності під час пологів ЄСПЛ розглянув у справі «Коновалова проти Росії». Під час пологів заявниці присутніми на них були студенти/-ки, незважаючи на її заперечення щодо цього. Група студентів/-ок-медиків спостерігала за проведенням відповідних медичних процедур, включно з епізіотомією. Крім того, вони, ймовірно, були поінформовані щодо стану здоров'я заявниці та її лікування. Національне законодавство держави передбачає, що студент(к)и можуть бути присутніми

---

<sup>83</sup> Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. – WHO, 2018. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

<sup>84</sup> Там само.

<sup>85</sup> Текст Стратегії опубліковано:

<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf>

<sup>86</sup> Там само.

під час лікування, однак при цьому не йдеться про отримання відповідної згоди пацієнтки. ЄСПЛ встановив порушення статті 8 Конвенції. Суд зазначає, що присутність студентів/-ок під час пологів «не відповідала вимогам законності за змістом п. 2 ст. 8 Конвенції через відсутність у національному праві на момент подій, які розглядаються, достатніх процесуальних гарантій захисту від свавільного втручання у права заявниці, закріплені в ст. 8 Конвенції»<sup>87</sup>.

У справі «V. С. проти Словаччини» Суд встановив порушення статей 3 та 8 Конвенції. Жінка ромського походження зазнала стерилізації одразу після народження другої дитини. Вона погодилась на стерилізацію, оскільки їй повідомили, що під час наступних пологів або вона, або дитина помре. Після стерилізації жінка зазнала принижень у спільноті, розлучилась із чоловіком. Суд зазначив, що заявниця, ймовірно, відчувала приниження та страждання саме через стерилізацію і спосіб, у який було отримано згоду на неї<sup>88</sup>. Визнаючи порушення статті 8, Суд констатував існування недостатніх правових гарантій, які могли б забезпечити особливу увагу до репродуктивного здоров'я жінок-представниць ромської спільноти<sup>89</sup>.

Декілька справ ЄСПЛ стосуються пологів вдома. У справі «Терновські проти Угорщини» заявниця скаржилась на неможливість проведення пологів вдома, оскільки акушер(к)и та лікарі/-ки не змогли б надати їй медичну допомогу. Згідно з національним законодавством Угорщини, за надання медичних послуг, пов'язаних із народженням вдома, існує кримінальна відповідальність. ЄСПЛ зауважив, що ненадання можливості народжувати вдома, через загрозу карного переслідування та відсутність чіткої законодавчої бази з цього приводу, не відповідає статті 8 Конвенції<sup>90</sup>. А от у справі «Појатіна проти Хорватії» ЄСПЛ не знайшов порушень статті 8. Заявниця народжувала четверту дитину вдома за допомогою іноземної акушерки. Національне законодавство не забороняє народжувати вдома, однак жінки, що народжуватимуть вдома, не зможуть отримати професійної допомоги в межах країни. ЄСПЛ зазначив, що заявниця отримала чітку інформацію від адміністративних інститутів щодо неможливості надання медичної допомоги під час домашніх пологів, тож балансу між правом на приватне й сімейне життя та безпекою було дотримано<sup>91</sup>.

Права людини під час пологів є частиною й інших договорів Ради Європи. Зокрема й Європейської соціальної хартії (переглянутої), стаття 11 якої стосується права на охорону здоров'я. До того ж, ці питання входять до складу Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини. Запобігання та протидія насильству щодо жінок є

---

<sup>87</sup> Kononova v. Russia, No. 37873/04. Переклад. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://hudoc.echr.coe.int/eng>

<sup>88</sup> V.C. v. Slovakia, No. 18968/07.

<sup>89</sup> V.C. v. Slovakia, No. 18968/07.

<sup>90</sup> Ternovszky v. Hungary, No. 67545/09

<sup>91</sup> Pojatina v Croatia, Application No. 18558/12,

складовими Конвенції Ради Європи про запобігання насильству щодо жінок і домашньому насильству та боротьби з цими явищами.

Комісар Ради Європи з прав людини стурбований також обмеженнями, викликаними пандемією, щодо прав людини під час пологів: «Як приклад, у пологових відділеннях окремих країн зменшилась кількість працівників через перепрофілювання або з інших причин. Крім того, значні обмеження накладаються на жінок у пологових відділеннях — обмежуються партнерські пологи, матерів розлучають із новонародженими дітьми». Комісар закликає держави забезпечувати доступ до послуг, пов'язаних із вагітністю та пологами, і підтримувати їх на належному рівні. Зокрема, державам слід дотримуватись рекомендацій ВООЗ щодо доступу до медичної допомоги під час вагітності та пологів, а також щодо грудного годування. Необхідно гарантувати свідому згоду жінок в ухваленні рішень щодо пологів у будь-який час<sup>92</sup>.

---

<sup>92</sup> COVID-19: Ensure women's access to sexual and reproductive health and rights. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/covid-19-ensure-women-s-access-to-sexual-and-reproductive-health-and-rights>