

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ БІЗНЕСУ І ПРАВА
КАФЕДРА НАЦІОНАЛЬНОГО, МІЖНАРОДНОГО ПРАВА ТА
ПРАВООХОРОННОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

**ПРАВОВА ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ
COVID-19**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: студент 2 курсу 10-283 М групи
Спеціальності 262 Правоохоронна діяльність
Освітньо-професійної програми
«Правоохоронна діяльність»
Плющ Владислав Ігорович

Керівник: д.ю.н., професор **Стратонов В.М.**

Рецензент:

заступниця декана Херсонського факультету
Одеського державного університету внутрішніх
справ

д.ю.н., професорка **Галуцько В.М.**

Херсон – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.Теоретико-методологічні засади реалізації права на медичну допомогу в умовах COVID-19.....	7
1.1. Аналіз сучасного стану національної системи охорони здоров'я в умовах COVID-19.....	7
1.2. Право на медичну допомогу та його реалізація в умовах COVID-19.....	11
Висновки до першого розділу.....	19
РОЗДІЛ 2. Характеристика правового забезпечення медичних послуг в умовах COVID-19.....	20
2.1. Правовий порядок забезпечення вакцинації в умовах COVID-19.....	20
2.2. Роль міжнародного співробітництва у забезпеченні медичних послуг в умовах COVID-19.....	35
Висновки до другого розділу.....	42
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасна сфера охорони здоров'я, зокрема в частині надання медичних послуг, нажаль залишається в стані трансформації. Сьогодні Україна займає одне з найгірших місць серед європейських країн за показниками системи охорони здоров'я та посідає друге місце за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка за останні 20 років збільшилась на 12,7%, тоді як у Європейському Союзі даний показник знизився на 6,7%.

Медична реформа, яка проводиться на сучасному етапі розвитку нашої держави, потребує взаємодії законодавства та практичної допомоги з боку міжнародних організацій.

Сучасний стан національної системи охорони здоров'я в умовах COVID-19 змусив Раду національної безпеки і оборони України констатувати, що в умовах поточних та прогнозованих загроз національній безпеці та національним інтересам України реформування системи охорони здоров'я здійснюється здебільшого несистемно та охоплює лише фінансову складову, результатом чого станом на грудень 2020 року зареєстровано 821 947 підтверджених випадків коронавірусної хвороби COVID-19 в Україні.

Все це зумовило неабияку актуальність обраної теми дослідження

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Кваліфікаційна робота виконана у відповідності до ініціативної теми кафедрою національного, міжнародного права та правоохоронної діяльності факультету бізнесу і права ХДУ - «Теорія та практика реформування галузевого законодавства України» (№ 0118U006817).

У вітчизняній науці проблемам правового регулювання надання медичних послуг присвятили свої праці Ю. Бадзьо, В. Бондаренко, О. Валевський, Б. Гаєвський, З. Гладун, І., А. Гальчинський, Сенюта, С. Дюжикова, В. Іваненко, В. Карташкіна, В. Москаленко, М. Орзіх, А. Полешко, П. Рабінович, В. Якубовяка та інших.

Окремі питання визначення права на медичну допомогу досліджено в працях Т. Блащук, О. Дроздова, М. Стефанчук, Р. Стефанчук, І. Сенюта, Т. Ямненко, А. Янчук та інші. Разом із тим актуальним залишається питання реалізації права на медичну допомогу саме в умовах пандемії COVID-19.

Мета і завдання дослідження. *Метою дослідження є розробка теоретичних засад забезпечення реалізації медичних послуг в умовах COVID-19.*

Для досягнення цієї мети поставлено такі *завдання*:

- дослідити стан національної системи охорони здоров'я в умовах COVID-19;
- охарактеризувати право на медичну допомогу та порядок його реалізації в умовах COVID-19;
- встановити правовий порядок забезпечення вакцинації в умовах COVID-19;
- з'ясувати роль міжнародного співробітництва у забезпеченні медичних послуг в умовах COVID-19.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини в процесі надання медичних послуг в умовах COVID-19.

Предметом дослідження є правова оцінка надання медичних послуг умовах COVID-19.

Методи дослідження. *Методологічною основою дослідження стали положення теорії пізнання й загальної теорії права. У ході дослідження використано загальнонаукові та спеціальні методи, а саме: діалектичний – для вивчення правових механізмів захисту суспільних відносин у сфері надання медичних послуг умовах COVID-19 (усі розділи); історико-правовий – для здійснення ретроспективного аналізу стану національної системи охорони здоров'я (підрозділ 1.1); порівняльно-правовий – для порівняння норм національного законодавства з нормами законодавства інших держав та визначення позитивного зарубіжного досвіду надання медичних послуг в умовах COVID-19 (підрозділ 2.2); формально-логічний та метод системного*

аналізу – для встановлення правового порядку забезпечення вакцинації в умовах COVID-19 (підрозділ 2.1.); *герменевтичний* – для тлумачення основної законодавчої термінології, яка регулює надання медичних послуг умовах COVID-19 (усі розділи); *формально-юридичний (догматичний)* – для аналізу норм чинного законодавства, які регулюють надання медичних послуг умовах COVID-19 (підрозділи 2.1. та 2.2.); *статистичний* – для встановлення кількісних показників, що стосуються надання медичних послуг умовах COVID-19.

Емпіричну базу дослідження становлять статистичні дані звітів про результати діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я Уповноваженого у справах Європейського суду з прав людини Міністерства юстиції України; статистична звітність відображена в Дорожній карті впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19 (2019–2021 рр.), аналіз української та міжнародної судової практики. У роботі також використано інформацію, яка висвітлена в оглядах, бюлетенях, інформаційних листах, наказах Міністерства охорони здоров'я України у сфері надання медичних послуг умовах COVID-19.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в комплексному науковому дослідженні правової оцінки надання медичних послуг умовах COVID-19, у результаті якого:

1) В ході встановлення основоположними проблемами, які стали приводом ситуації що склалася в системі охорони здоров'я в умовах COVID-19 виокремлено дієві та ефективні заходи Стратегічного плану розвитку системи забезпечення надання медичних послуг умовах COVID-19;

2) Визначено дефініцію права на медичну допомогу;

3) Обґрунтовано позицію відповідно якої однією з найважливіших аспектів умов реалізації права на медичну допомогу в умовах пандемії COVID-19 є реалізація права особи щодо надання згоди пацієнта на здійснення медичного втручання;

4) За результатами практики ЄСПЛ встановлено, що обмеження прав осіб, які ухиляються від вакцинації проти коронавірусної хвороби COVID-19, а також накладення санкцій за таку відмову, не є проявом дискримінації так як інтереси всього суспільства превілюють над інтересом такої особи, а тому впровадження обов'язкової вакцинації необхідної для боротьби за здоров'я громадян не являється порушенням прав певної групи осіб.

5) на підставі дослідженого міжнародного співробітництва у забезпеченні медичних послуг в умовах COVID-19 встановлено роль Всесвітньої організації охорони здоров'я та проаналізовано основні аспекти її діяльності

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони можуть бути використані:

– у науково-дослідній сфері – для подальшого дослідження проблем надання медичних послуг умовах COVID-19;

– у навчальному процесі – при підготовці підручників, навчальних, у тому числі навчально-методичних, посібників, викладанні відповідних освітніх компонентів тощо.

Структура кваліфікаційної роботи визначено у відповідності до мети, завдань, об'єкту і предмету дослідження, включає вступ, два розділи, які складаються з двох підрозділів у кожному з розділів, висновки, список використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УМОВАХ COVID-19

1.1. Аналіз сучасного стану національної системи охорони здоров'я в умовах COVID-19

Вивчаючи сучасний стан національної системи охорони здоров'я в умовах COVID-19 в першу чергу слід звернути увагу на рішення Ради національної безпеки і оборони України (далі - РНБО) від 30.07.2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» введеного в дію Указом Президента України [від 18 серпня 2021 року № 369/2021](#), яким встановлено, що в умовах поточних та прогнозованих загроз національній безпеці та національним інтересам України (скорочення народжуваності та високий рівень смертності населення, проблеми репродуктивного здоров'я населення, поширення гострої коронавірусної хвороби COVID-19, висока вірогідність виникнення епідемій унаслідок появи нових інфекційних агентів, наявність інших загроз біологічного походження, недостатня готовність діяти у надзвичайних ситуаціях) реформування системи охорони здоров'я здійснюється здебільшого несистемно та охоплює лише фінансову складову[41].

Дійсно, сьогодні Україна займає одне з найгірших місць серед європейських країн за показниками системи охорони здоров'я та посідає друге місце за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка за останні 20 років збільшилась на 12,7%, тоді як у Європейському Союзі даний показник знизився на 6,7%. Чверть від загальної смертності складає смертність серед

працездатного населення, одним із ключових факторів цієї ситуації є низький економічний розвиток України.

З початку реєстрації інфікованих COVID-19 в Україні станом на грудень 2020 року зареєстровано 821947 підтверджених випадків коронавірусної інфекції (показник захворюваності – 2158,2 на 100 тис. населення). При цьому в статевій структурі підтверджених випадків переважають жінки (493023 жінки, 60% від загальної кількості за весь період спостереження). 423 704 людини одужали від коронавірусної хвороби COVID-19. За весь період дослідження було зареєстровано 13 733 смертельних випадків у людей з підтвердженим діагнозом коронавірусної інфекції COVID-19 (смерть становила 1,7%). Більшість загиблих становили чоловіки – 7309 осіб; 53,2% від загальної смертності (табл. 1) Кількість зареєстрованих випадків коронавірусної інфекції COVID-19 продовжує зростати. У період з серпня по вересень 2020 року спостерігається різке зростання кількості зареєстрованих випадків (Рисунок 1). [13, с. 3]. Відсутність єдиного медичного простору і неоднорідність організаційно-правових форм функціонування державних та комунальних закладів охорони здоров'я стали приводом до розбалансованості функціонування галузі, неефективного державного управління у сфері охорони здоров'я та ускладнили планування діяльності на всіх рівнях національної системи охорони здоров'я [41].

Відсутність належного забезпечення отримання населенням, особливо малозабезпеченої його частини своєчасної, ефективної, доступної та безпечної медичної допомоги відповідно до гарантій, визначених [Конституцією України](#) стало приводом до того, що особивіком 50-59 років склали найбільшу кількість людей з підтвердженим діагнозом COVID-19 (21,6%). Загалом люди у віці до 60 років становлять 74,1% від усіх людей з підтвердженим діагнозом. При цьому найвищий рівень смертності від ускладнень коронавірусної хвороби COVID-19 зафіксований у людей у віці 60-69 років (31,1%). Кількість померлих у віці 60-69 років вдвічі більше, ніж

у віці 50-59 років (4274 та 2060 осіб відповідно). Крім того, у людей у віці 60 років і старше спостерігається 77,9% ускладнень коронавірусної інфекції COVID-19 (табл. 2).[13, с. 4].

Здатність системи охорони здоров'я України впливати на демографічну ситуацію, покращення стану здоров'я та покращення якості життя населення, обмежується втратою профілактичної складової в організації охорони здоров'я[41].

Більшість померлих (11208 осіб; 81,6%) мали в анамнезі тяжкі серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, новоутворення нирок, печінки, легенів, неврологічні захворювання, злоякісні новоутворення та ін. З 13 733 осіб, які померли, 2 525 (18,3%) не мали в анамнезі супутніх захворювань та/або захворювань. З 11 208 смертей із супутніми захворюваннями та/або захворюваннями в анамнезі переважна більшість (9 754; 87%) мали серцево-судинні захворювання, а у 2365 (21,1%) діагностовано цукровий діабет. Найбільша кількість смертей відсерцево-судинних захворювань була у віковій групі 60-79 років (6093; 62,4% відусіх смертей було виявлено серцево-судинні захворювання). Подібне співвідношення спостерігалось і середпомерлих, які мали в анамнезі цукровий діабет. У віці від 60 до 79 років померла 1541 особа (65,2% усіх смертей з діагнозом цукровий діабет). Половина смертей (51,8%) мала поєднання захворювань (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, імунодефіцита або ожиріння тощо) з супутніми захворюваннями. Загалом супутні захворювання були переважно смертями у віці 50 років та старше понад 10 571 особа, що становить 94,3% від загальної кількості смертей (табл. 3). [13, с. 5].

З поміж наведеного вище, основоположними проблемами, які стали приводом ситуації що склалася в системі охорони здоров'я в умовах COVID-19 стало відсутність належної тарифікації медичних послуг, що підлягають оплаті за програмою державних медичних гарантій здійснюється без урахування медико-технологічної документації стандартизації медичної допомоги, що призводить до невідповідності або неможливості тарифів

фактичним витратам закладів, надання пацієнтам належного та якісного догляду, рівень організаційних, фінансових, інформаційних, кадрових, технічних, технологічних та інших потреб системи охорони здоров'я вкрай недостатній для своєчасного, якісного, справедливого відтоку потреб населення у безпечній медичній допомозі, відсутність подальшої стратегії

забезпечення галузі необхідними профільними спеціалістами для формування витоків у сфері високопрофесійних спеціалістів та молодих спеціалістів [41].

На підставі викладеного вище одними з найважливіших кроків до вирішення ситуації що склалася в системі охорони здоров'я та надання медичних послуг в умовах COVID-19 є забезпечення розроблення та затвердження дієвого та ефективного Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я населення, який у першу чергу повинен включати:

Поступове включення до тарифів на медичні послуги витрати на ліки, вироби медичного призначення та витратні матеріали, необхідні для надання медичних послуг.;

- запровадження показників якості первинної медико-санітарної допомоги;

- введення основних показників діяльності керівників державно-комунальних закладів охорони здоров'я;

- створення ефективної системи моніторингу надання медичних послуг за Програмою медичних гарантій;

- створення умов для можливості використання міжрегіональних клінічних шляхів пацієнта при наданні невідкладної медичної допомоги;

 - удосконалення електронної системи охорони здоров'я;

 - розвиток національної системи донорства крові та її компонентів;

 - ужиття заходів зі стимулювання розвитку вітчизняного виробництва імунобіологічних препаратів в Україні для профілактики найпоширеніших у світі інфекційних захворювань тощо.

1.2. Право на медичну допомогу та його реалізація в умовах COVID-19

Статтею 49 Конституції України гарантовано право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу й медичне страхування [19]. Міжнародним пактом про економічні, соціальні й культурні права (Стаття 12) ратифікованим Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII від 19.10.1973 встановлено право на найвищий ступінь психічного та фізичного здоров'я [21].

Зміст права на медичну допомогу розкрито в окремій нормі, ст. 284 Цивільного кодексу України, якою встановлено, що «особа має право на медичну допомогу».

Фізична особа, що досягла чотирнадцяти років і звернулася за медичною допомогою, має право обрати лікаря та обирати методи лікування за його рекомендацією.

Надання медичної допомоги особі, яка досягла чотирнадцяти років, здійснюється за її згодою.

Повнолітня дієздатна фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, має право відмовитися від лікування.

У випадках реальної загрози життю особи медична допомога надається без згоди особи або її батьків (усиновлювачів), опікуна, уповноваженого.

Надання фізичній особі психіатричної допомоги здійснюється відповідно до норми закону»[42].

В своєму рішенні від 25.11.1998 № 15-рп/98 Конституційний Суд України, визнаючи неконституційною постанову Палати Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» від 17 вересня 1996 р. №1138, розкриваючи зміст поняття «медична допомога» та «медична послуга» прийшов висновку, що термін «медична допомога»

широко використовується в українському національному законодавстві. Певні визначення терміну «медична допомога» містяться в окремих нормативних актах Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі - ВООЗ). Нажаль цілісна правова дефініція поняття «медична допомога» в законодавчих актах України відсутня, а тому потребує додаткового вивчення та подальшого нормативного врегулювання [37].

Так, в ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-12 «Медична діяльність означає послуги медичних працівників з профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, запобігання захворюванням, травмам, чаклунству та патологічних станів, як а також зв'язок між вагітністю та пологами» [26].

«Програмою подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги», затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 № 955 встановлено, що «медична допомога - це вид діяльності, що включає план реабілітації, призначений для здоров'я та лікування хворих, які перебувають у стані їхнього життя, здоров'я та працездатності та підготовлений професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства» [30].

За визначенням ВООЗ «медична допомога – це профілактика, лікування та лікування захворювань, а також підтримка фізичного та психічного здоров'я шляхом надання відповідних послуг медичними працівниками та іншими медичними працівниками» [20, с. 259].

Конвенція Міжнародної організації праці про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби від 25 червня 1969 р. № 130 до основних складових поняття «медична допомога» включає: загальну лікарську допомогу, включаючи допомогу вдома; допомогу, що надається спеціалістами стаціонарним або амбулаторним хворим, або допомогу спеціалістів, яка може надаватися поза лікарнею; видачу необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста; госпіталізацію, при необхідності; стоматологічну допомогу; медичну

реабілітацію, серед іншого надання, ремонт і заміна протезів або ортопедичних пристроїв [29].

Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі розкриває зміст поняття «медична допомога, як профілактика, лікування та менеджмент хвороби, а також збереження фізичного та психічного добробуту людини шляхом надання належних послуг медичними працівниками та іншими фахівцями системи охорони здоров'я. Медична допомога складається з послуг, які пацієнтові надають представники медичних професій або непрофесіонали під їхнім керівництвом» [9].

Основи законодавства України про охорону здоров'я ширше розкривають поняття «медична допомога», детально описуючи випадки, «в яких особа має право на медичну допомогу (отруєння, патологічні стани, вагітність та пологи), а визначення ВООЗ уточнює, що медична допомога спрямована не лише на поліпшення фізичного стану людини, а й також його психічний стан. , що відповідає змісту права на медичну допомогу», що визначено у Цивільному кодексі України [3, с. 6] Загальним для всіх визначень є вказівка на те, що медична допомога надається спеціальними установами. Питання організаційно-правових форм діяльності суб'єктів, які надають медичну допомогу населенню, ми досліджували в іншій статті і виходить за рамки дослідження. [2]. Однак для визначення поняття медичної допомоги слід зазначити, що Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19. ВООЗ допускає можливість надання «медичної допомоги» іншими медичними працівниками. Проводячи паралель між національним визначенням професій медичних працівників, можна сказати, що «медичні працівники, названі у визначенні ВООЗ відповідно до Довідника кваліфікацій за професіями робітників» [3, с. 7]

Видання 78 «Здоров'я», затверджене наказом МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, належать до професійної групи «Професіонали», в тому числі лікарі різних галузей, фармацевти. «Інші медичні професії» — це

акушерки, лаборанти, тренери, медичні сестри тощо, які належать до професійної групи «кваліфіковані працівники»[12].

3. Гладун медичну допомогу визначають «як будь-які заходи, що спрямовані на охорону здоров'я, збереження життя людини, профілактику захворювань і які провадяться співробітниками лікувально-профілактичних закладів будь-якої форми власності або медичним працівниками, які займаються приватною практикою» [8, с. 210].

Найбільш вдалим на нашу думку є визначення Т. Блащук, в якому під медичною допомогою автор розуміє «діяльність суб'єктів, що здійснюють медичне обслуговування населення, спрямована на профілактику, діагностику, лікування й реабілітацію людини з метою збереження її фізичного та психічного здоров'я через надання відповідних медичних послуг» [2, с. 7].

В національному законодавстві відсутнє визначення поняття «право на медичну допомогу».

За твердженням Р. Стефанчука, право на медичну допомогу, як особисте немайнове право пацієнта, повинно містити: «права, пов'язані з наданням ліків (право на лікування за умовами здоров'я; право на збереження і здоров'я медичного персоналу та обслуговуючого персоналу; право на вибір лікаря, метод лікування та медичне обслуговування). освіта, право на консультації та консультації з іншими експертами, право на полегшення від болю до медичних втручань тощо); право на отримання інформованої згоди (право на отримання повної, точної, своєчасної та доступної інформації про своє здоров'я; право на отримання повної, точної, своєчасної та доступної інформації про безпечні, ефективні, доступні та прийнятні форми профілактики, діагностики, лікування, та медико-соціальної реабілітації охорони здоров'я, право на отримання повної, достовірної, своєчасної та доступної інформації про обраний метод лікування та його наслідки, право на отримання повної, достовірної, своєчасної та доступної інформації про умови отримання. (Право на конфіденційність щодо використання медичної

допомоги, поставленого діагнозу, застосовуваних методів профілактики та лікування тощо)»[39, с. 29].

Проаналізувавши міжнародне та національне законодавство, позиції вчених, ми приходимо до висновку що «право на медичну допомогу» слід розуміти як право людини на отримання від суб'єктів медичного обслуговування населення комплексу дієвих та ефективних заходів, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію фізичного та психічного здоров'я.

Як показало наше дослідження однією з важливих аспектів умов реалізації права на медичну допомогу в умовах пандемії COVID-19 є реалізація права особи щодо надання згоди пацієнта на здійснення медичного втручання [14].

У цьому контексті практика Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ), викладена у справі ««Арська проти України» (2014), у якій ЄСПЛ стверджує: результат, але застосування лікування без згоди психічно здорової дорослої особи є ігнорування фізичної недоторканності особи таким чином, що порушує права, закріплені в пункті 1 статті 8 Конвенції (див. Pretty проти Сполученого Королівства). Сполучене Королівство), заява № 2346/02, п. 63, ЄСПЛ 2002-III). Проте стаття 2 Конвенції закріплює «принцип недоторканності життя, який особливо проявляється у випадку лікаря, який виконує свої обов'язки з порятунку життя і повинен діяти в інтересах своїх пацієнтів». Тому Суд постановив, що ця стаття зобов'язує органи влади перешкоджати особі прийняти рішення позбавити її життя, якщо таке рішення не прийнято без примусу та з повним розумінням того, що поставлено на карту (див. Хаас проти Швейцарії). (Хаас проти Швейцарії), апеляція № 31322/07, п. 54, ЄСПЛ 2011). Звідси випливає, що одним із основних питань у визначенні правомірності відмови пацієнта від лікування є питання його здатності приймати рішення» [36].

Право особи щодо надання згоди пацієнта на здійснення медичного втручання включає себе поняття інформованої добровільної згоди. Це згода,

отримана вільно, після надання пацієнту зрозумілої інформації у такій формі та мовою, яка доступна пацієнту, і яка включає інформацію про діагностичну оцінку, мету, метод, ймовірну тривалість та очікувану користь від запропонованого лікування, альтернативне лікування, можливо фізична хвороба або дискомфорт, небезпека іноштелення.

«Інформована згода – це добровільне й поінформоване рішення, що захищає право пацієнта на прийняття участі в процесі надання медичної допомоги, призначення визначених обов'язків медичних працівників. Право на інформовану згоду є невід'ємним у комплексі прав на медичну допомогу» [27].

Що стосується форми інформованої згоди на медичну процедуру, то це може бути включено в договір, укладеному безпосередньо перед медичним втручанням, так і шляхом підписання пацієнтом встановленої законом форми інформованої згоди. При цьому науковці відзначають, що «таку згоду не варто розцінювати як покладення відповідальності виключно на пацієнта, оскільки цей документ також є своєрідною формою правочину, яка повною мірою покладає права й обов'язки як на пацієнта, так і на медичний заклад і лікаря» [25].

Однак у надзвичайних ситуаціях, коли існує реальна загроза життю, згода пацієнта чи його законних представників на медичне втручання не потрібна.

Так, відповідно до ч. 5 ст. 284 ЦК України, якою задекларовано, що «у невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю фізичної особи, медична допомога надається без згоди особи або її батьків (усиновлювачів), опікунів, піклувальників, можна зробити висновок, що рішення ЄСПЛ свідчить що правовідносини виникають у сфері надання медичної допомоги пацієнту, що завжди необхідно враховувати. Проте, якщо у медичних працівників виникають найменші сумніви щодо здатності пацієнта вільно усвідомити своє рішення щодо потенційного медичного втручання, існує ще

одна підстава для виникнення правовідносин щодо надання медичної допомоги, а саме положення цивільного законодавства» [3, с. 8].

У рішенні ЄСПЛ «Н.Б. проти Словаччини» (2012 р.) «Заявницю Н.Б. стерилізовано під час кесаревого розтину в державній лікарні. Проте Н.Б. на момент процедури їй було лише 17 років, тобто вона була неповнолітньою. Лікарня додатково надала Н.Б. підписати бланк згоди після введення заспокійливого без згоди його законних представників. Н.Б. дізналася про її стерилізацію після виписки зі стаціонару, зазначивши цей факт при виписці. Суд одноголосно постановив, що Н.Б. стерилізована без її усвідомленої згоди та виявила порушення статті 8 Конвенції » [52].

Відповідно «до статті 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я, «згода пацієнта або його законного представника на медичну допомогу не потрібна лише за наявності загрози життю та здоров'ю пацієнта та неможливості отримати таку згоду з об'єктивних причин від пацієнта (надання медичної допомоги при несвідомому запамороченні). або інші нестабільні психоемоційні стани, якщо особа перебуває під впливом заспокійливих чи інших препаратів, що впливають на розумові здібності та пильність) або її законних представників (несвідомий стан хворого та пряма загроза його життю, у тому числі за відсутності контакту з ним). родичі або законний представник)»[3, с. 8].

Ці положення, на думку вчених, передбачають, що «для виникнення, продовження та припинення відносин з медичної допомоги необхідна волевиявлення пацієнта, його добровільна згода, що виключає можливість примусового лікування та медичного втручання, якщо особа не усвідомлює важливості свого лікування. дії і він може керувати ними або не може виявити свою волю (у цьому випадку передбачається згода на це втручання). Це також свідчить, що право на медичну допомогу як особисте немайнове право включає право на повагу до особистості та на самовизначення особи»[24, с. 472].

Відповідно до пунктів 1.1–1.2 розділу 1 «Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі», яка прийнята на засіданні ВООЗ в Амстердамі в 1994 р. [10], «кожна людина має право на самоповагу як особистість і право на самовизначення». А далі в розділі 2 сказано, що «інформація про медичні послуги та про те, як ними користуватися повинна бути доступною для громадськості».

Особливу увагу слід приділити також повазі права на інформовану згоду серед людей з інвалідністю та людей, які страждають на психічні захворювання, двох категорій осіб, чії права часто порушуються. Спеціальний доповідач ООН з питань права на охорону здоров'я вказує: «Ці порушення за своєю сутністю несумісні з правом на охорону здоров'я, повинна існувати чітка заборона дискримінації у зв'язку з фізичними вадами... За таких обставинах це особливо важливо, коли процесуальні гарантії спрямовані на захист права на інформовану згоду, які виконуються прямо та неухильно» [27].

Так, у рішенні «Х.Л. проти Сполученого королівства» (2004 р.) ЄСПЛ указав, що «заявник з діагнозом аутизм був госпіталізований як «незарєєстрований пацієнт» у період з 22 липня по 29 жовтня 1997 року і, таким чином, був позбавлений волі у розумінні статті 5. Суд встановив, що лікарня не стежила за офіційним пацієнтом. . лікарня «взяла повний контроль над свободою та лікуванням уразливої недієздатної особи виключно на підставі її клінічних оцінок, які проводилися, коли і коли це було необхідно». Суд зазначає, що «відсутність процесуальних гарантій не захищає від свавільного позбавлення волі», тому Суд вважає порушення пункту 1 статті 5 Конвенції» [51].

Отже, міжнародні акти та практика ЄСПЛ серед визначальних принципів реалізації пацієнтами права на медичну допомогу свідчить про те, що пацієнт належним чином поінформований про стан свого здоров'я, обрані варіанти лікування та його можливі наслідки, а також про можливість медичного втручання за добровільною інформованою згодою пацієнта або

його представника, за деякими винятками (наприклад, як загроза життю пацієнта).

Висновки до першого розділу

1. В умовах поточних та прогнозованих загроз національній безпеці та національним інтересам України реформування системи охорони здоров'я здійснюється здебільшого несистемно та охоплює лише фінансову складову, результатом чого є те, що сьогодні Україна займає одне з найгірших місць серед європейських країн за показниками системи охорони здоров'я та посідає друге місце за рівнем смертності в Європі.

Приводом до такої ситуації стало відсутність єдиного медичного простору і неоднорідність організаційно-правових форм функціонування державних та комунальних закладів охорони здоров'я; відсутність належного забезпечення отримання населенням, особливо малозабезпеченої його частини своєчасної, ефективної, доступної та безпечної медичної допомоги та неспроможність системи охорони здоров'я в Україні впливати на демографічну ситуацію, покращувати здоров'я та якість життя населення.

2. Дослідження права на медичну допомогу та його реалізації в умовах COVID-19 показало, що практика ЄСПЛ серед основоположних принципів реалізації хворими права на медичну допомогу зазначає належну їх поінформованість про стан свого здоров'я, обрані методи лікування та можливі наслідки такого лікування, а також порядку та можливостей медичного втручання за наявності відповідної добровільної інформованої згоди пацієнта чи його представника, за виключенням певних винятків.

Одним із важливих аспектів умов реалізації права на медичну допомогу в умовах пандемії COVID-19 є реалізація права особи щодо надання згоди пацієнта на здійснення медичного втручання.

РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ COVID-19

2.1. Правовий порядок забезпечення вакцинації в умовах COVID-19

Пандемія COVID-19 чи не вперше змусила світове співтовариство серйозно задуматися над новими, в тому числі легальними, методами забезпечення здоров'я суспільства. Мабуть, одним із найактуальніших питань була процедура вакцинації. При цьому, якщо перспектива вакцинації від коронавірусу була лише на горизонті, то актуальною стала проблема планових, давно відомих щеплень проти різних захворювань. [22].

Одним з найважливіших питань цього процесу стало реалізація правового забезпечення медичних послуг, в тому числі в умовах COVID-19 є дотримання прав і свобод людини та громадянина. Найбільш складним і неоднозначним у правореалізації і правозастосуванні сьогодні залишається дотримання прав людини при здійсненні вакцинації. Правова природа вакцинації: право чи обов'язок, спалахи інфекційних захворювань, судова практика, пов'язана із захистом прав людини, обмеження у реалізації права все це окремі елементи з кола тих проблем, якими Україна зіткнулася в умовах що склалися у результаті пандемії COVID-19.

Стаття 426 Угоди про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та його державами-членами, з іншого боку, зазначено, що «сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання» [40]. Співпраця, зокрема, полягає у попередженні

та контролю над інфекційними хворобами, підвищенні готовності до ризику спалахів високо патогенних хвороб та імплементації Міжнародних медико-санітарних правил. Ці Правила, з-поміж іншого, визначають регламент проведення вакцинації відповідно до міжнародних угод з метою охорони громадського здоров'я. Отож, актуальність тематики рекомендацій, з огляду на євроінтеграційний вектор Україшгта безпекову філософію громадського здоров'я у міжнародних масштабах, поза всяким сумнівом [40].

Вакцинація населення безпечною та ефективною вакциною проти коронавірусу COVID-19 є найважливішою складовою стратегії Уряду України щодо подолання гострої фази пандемії коронавірусної хвороби COVID-19. Здійснення масової вакцинації населення, у напрямку припинення поширення коронавірусної хвороби COVID-19, має на меті скоротити тягар смертей, пов'язаних із коронавірусною хворобою COVID-19; та ускладнення зі здоров'ям, пов'язані з коронавірусом COVID-19. Досягнення цієї мети можливе лише після вакцинації від коронавірусу COVID-19 щонайменше 50% населення України. [, 13 с. 8].

Відповідно до частини 4 ст. 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» «Обов'язковій профілактиці підлягають працівники окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких може призвести до зараження цих працівників та (або) поширення інфекційних захворювань», , вакцинації та інших відповідних інфекційних захворювань». У разі загрози виникнення особливо небезпечного інфекційного захворювання або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на відповідних територіях і ділянках за епідемічними показаннями можуть проводитися обов'язкові профілактичні щеплення проти цього інфекційного захворювання.

«Рішення про проведення обов'язкових профілактичних щеплень у разі епідемічних показань на відповідних територіях і ділянках приймається головним державним санітарним лікарем України, головним державним санітарним лікарем Автономної Республіки Крим, головними державними

санітарними лікарями областей, міст. Києва та Севастополя, головні державні санітарні органи виконавчої влади, що реалізують державну політику у сфері Оборона та військово-будівництво, охорона громадського порядку, пенітенціарна система, охорона державного кордону, служба безпеки України»[28].

Міжнародно-правові документи, що закріплюють право на здоров'я, включають, зокрема, Конвенцію про права дитини від 20 листопада 1989 року та Європейську соціальну хартію. Такою є Конвенція про права дитини від 20 листопада 1989 р. [18], а саме ч. 1 ст.3 свідчить що «в усіх діях щодо дітей, незалежно від того, здійснюються вони державними чи приватними установами, які займаються питаннями соціального забезпечення, судами, адміністративними чи законодавчими органами, першочергова увага приділяється якнайкращому забезпеченню інтересів дитини». Таким чином, у будь-якому випадку, приймаючи рішення про вакцинацію, необхідно враховувати інтереси дитини, тобто. слід звернути увагу на те, чи є у дитини протипоказання до вакцинації, чи можуть батьки захистити дитину іншими способами і наскільки це доцільно. це гарантує права однієї дитини, яка не була вакцинована, порівняно з іншими, які були вакциновані або не можуть цього зробити з об'єктивних причин. Відповідно до ч. 1 ст. 24 Конвенції про права дитини «держави-учасниці визнають право дитини на користування найдосконалішими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Держави-учасниці намагаються забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я. Особливу увагу варто звернути на пп. цієї статті, а саме право на розробку превентивних заходів з охорони здоров'я, керівництва для батьків і навчання та послуг з планування сім'ї, що можна трактувати як розробку вакцин, які запобігають захворюванню дитини» [18] Європейська соціальна хартія [15], частина 3 ст. Стаття 11 стверджує: «З метою забезпечення ефективного здійснення права на здоров'я Сторони самостійно або у співпраці з державними чи приватними

організаціями зобов'язуються вживати належних заходів для запобігання епідемічним, ендемічним та іншим хворобам, наскільки це можливо». , і теж нещасний випадкам Це вимагає від країн забезпечити високий рівень імунізації, щоб не тільки знизити захворюваність на ці хвороби, а й нейтралізувати запаси вірусів і таким чином досягти цілей, поставлених Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Комітет наголошує, що широкомасштабна вакцинація визнана найбільш ефективним і економічно ефективним засобом боротьби з інфекційними та епідемічними захворюваннями (Médécins du Monde - International v. France). Таким чином, міжнародні правила підсилюють важливість охорони здоров'я, а також зобов'язання держав запобігати спалахам епідемій шляхом розробки програм вакцинації.

Якщо особу намагаються примусово вакцинувати, вона має право вимагати відповідного рішення, на підставі якого це здійснюється.

Рекомендованими для вакцинації проти коронавірусу COVID-19 є:

- 1) соціальні працівники, у тому числі соціальні працівники – 156 871;
- 2) люди похилого віку (60 років і старші) – 9 978 194, у тому числі 7 038 164 особи з супутніми захворюваннями, які перебувають у групі ризику ускладнень та смерті внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 (люди з діагнозом ендокринна система, серцево-судинні захворювання, хронічні респіраторні захворювання захворювання, хронічні захворювання нервової системи, хронічні захворювання сечовидільної системи, рак, хронічні захворювання органів кровотворення та крові); (3) медичні працівники МОЗ, інших міністерств і відомств, у тому числі особи, які безпосередньо беруть участь у заходах протидії коронавірусу COVID-19 – 681 196; 4) особи, які влаштовані в заклади тривалого догляду та допомоги, та персонал цих закладів - 136 353;

5) вчителі та інші працівники освіти - 1 428 055; (1) 6) військовослужбовців (у тому числі Збройних Сил України та Національної гвардії України), які беруть участь в Операції об'єднаних сил – 45 тис.; (1)

7) інші категорії населення та професійні групи ризику зараження коронавірусною інфекцією COVID-19, які не входять до зазначених груп, у тому числі громадяни України, які проживають на тимчасово окупованих територіях – 1 716 796; 10) особи, які перебувають у місцях ув'язнення та/або арешту та працівники місць ув'язнення та/або слідчих центрів - 78 400.

8) працівники критичних структур державної безпеки, у тому числі ДСНС України, Національна поліція України, Національна гвардія України, Служба безпеки України, Державна прикордонна служба України, військовослужбовці Збройних Сил України, Міністерства внутрішніх справ України - 428 291;

9) дорослі (віком від 18 до 59 років) із супутніми захворюваннями, які перебувають у групі ризику розвитку ускладнень та смерті внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 (люди з діагностованими захворюваннями ендокринної системи, серцево-судинними захворюваннями, хронічними захворюваннями дихальних шляхів, хронічними захворюваннями нервової системи, хронічних захворювань сечовидільної системи, онкологічних захворювань, хронічних захворювань органів кровотворення та крові) - 6 370 378;

Наказом МОЗ України від 04.10.2021 № 2153 затверджено перелік професій, для яких щеплення проти COVID-19 є обов'язковим.

На період карантину обов'язковому щепленню від COVID-19 підлягають:

- центральні органи виконавчої влади та їх територіальні органи;
- вища, аспірантура, професійно-вища, професійна (професійно-технічна), загальна середня, у тому числі спеціальна, дошкільна, позашкільна освіта, спеціалізовані навчальні заклади та наукові установи, незалежно від типу та форми власності,
- місцеві державні адміністрації та їх структурні підрозділи [23].

Працівники навчальних закладів та органів виконавчої влади, які протягом цього періоду не були щеплені проти COVID-19, будуть звільнені безоплатно..

В Україні доступні наступні вакцини проти коронавірусної хвороби COVID-19, а саме: AstraZeneca, Coronavac, Comirnaty та Moderna. Докладніше розглянемо кожну з них.

AstraZeneca (Covishield, SKBio) індійського, корейського та італійського виробництва — це векторна вакцина, яку розробив Оксфордський університет та британсько-шведська компанія AstraZeneca. Необхідно ввести дві дози вакцини з інтервалом в 12 тижнів. Першу та другу дози можна приготувати за допомогою вакцини AstraZeneca, виготовленої на різних підприємствах. Схвалено Всесвітньою організацією охорони здоров'я для екстреного застосування

Вакцина, вироблена в ЄС, є торговою маркою Vaxzevria, у Південній Кореї – AstraZeneca-SKBio, в Індії – Covishield.

Схвалено ВООЗ, ЄС, Канадою, Індією та багатьма іншими країнами для використання в надзвичайних ситуаціях. Використовується для тих, кому виповнилося 18 років.

Інтервал між вакцинаціями становить 4-12 тижнів. Для повної вакцинації необхідно 2 дози.

Станом на кінець вересня 2021 року Україна отримала 4,9 мільйона доз вакцини AstraZeneca від різних виробників і вже понад 1,26 мільйона українців вже вакциновані нею. Вакцина доступна в центрах масової вакцинації та центрах вакцинації. Згідно з онлайн-виданням щодо візових вимог для різних країн VisaGuide.World, AstraZeneca європейського та корейського виробництва визнана в 145 країнах (станом на 29.09.221). Це означає, що якщо ці країни дозволять в'їзд громадян України, вакцинація цією вакциною дасть їм право перетинати кордон, зупинятися в готелях, відвідувати громадські місця та заходи. [4].

CoronaVac / Sinovac Biotech — це інактивована вакцина, розроблена китайською фармацевтичною компанією Sinovac Biotech. Необхідні дві дози вакцини з інтервалом 14-28 днів. Схвалено Всесвітньою організацією охорони здоров'я для екстреного використання.

ВООЗ схвалила використання в екстрених випадках. Використовується в 40 країнах, таких як Китай, Туреччина, Аргентина, Бразилія, Мексика, Індонезія, Казахстан, Вірменія, Грузія та інші.

На початку жовтня вакциною CoronaVac було вакциновано понад 2 мільйони українців. Зараз у країні є близько 6 мільйонів доз цієї вакцини. Доступні в центрах масової вакцинації, центрах вакцинації та мобільних бригадах.

Вакцина CoronaVac дозволяє подорожувати до 50 країн, зокрема до Австрії, Іспанії, Греції, Фінляндії, Швеції, Нідерландів тощо, згідно з онлайн-виданням VisaGuide.World про вимоги щодо отримання візи наприкінці вересня. [5].

Comirnaty / Pfizer-BioNTech — це мРНК-вакцина, розроблена німецькою біотехнологічною компанією BioNTech у співпраці з американським фармакологічним концерном Pfizer. Необхідно ввести дві дози вакцини з інтервалом у 21 день. Схвалено Всесвітньою організацією охорони здоров'я для екстреного використання.

Всесвітня організація охорони здоров'я схвалила вакцину для невідкладного використання особами старше 12 років. Використовується в США, Великобританії, Канаді, ЄС і всього майже в 100 країнах.

Інтервал між вакцинацією становить 21-28 днів. Для повної вакцинації необхідно 2 дози.

На початку жовтня вакциною Комірнати було вакциновано понад 3 мільйони українців. Зараз у країні є близько 2 мільйонів доз цієї вакцини. Доступні в центрах масової вакцинації, центрах вакцинації та мобільних бригадах.

Вакцинація Comirnaty дозволяє подорожувати до 125 країн, згідно з онлайн-виданням про візові вимоги для різних країн VisaGuide.World з початку жовтня [6].

Moderna – це мРНК-вакцина, розроблена американською фармацевтичною компанією Moderna. Необхідно ввести дві дози вакцини з інтервалом у 28 днів. Схвалено Всесвітньою організацією охорони здоров'я для екстреного використання.

Препарат внесено до списку вакцин для екстреного використання ВООЗ, а також дозволено для екстреного використання у США, Великій Британії, Канаді, ЄС та інших країнах.

Вакцина зберігається у вигляді замороженої суспензії при температурі від -25 °С до -15 °С у багатодозовому флаконі. Флакони можна зберігати в холодильнику при температурі 2-8 °С протягом 30 днів.

Вакцина Moderna проти COVID-19 вводиться внутрішньом'язово. Для повної імунізації необхідно прийняти дві дози вакцини з інтервалом у 28 днів[7].

Враховуючи наявність вакцин від коронавірусу COVID-19, логістичні, матеріально-технічні та інфраструктурні обмеження, Україна планує підготувати та запустити багаторівневу кампанію вакцинації від COVID-19, яка охопить не менше 50% населення у 2021-2022 рр. Отримано пріоритетні групи вакцинації. шляхом збору інформації Центру громадського здоров'я МОЗ України від регіонів та центральних органів виконавчої влади, від Державної служби статистики України, від Центру медичної статистики України. Міністерство охорони здоров'я. Дані будуть оновлюватися та перевірятися під час наступної реалізації національної кампанії вакцинації від коронавірусу COVID-19.

Громадяни України, які перебувають на тимчасово окупованих територіях Донецької та Луганської областей, а також в Автономній Республіці Крим, буде надано доступ до безпечних та ефективних вакцин проти коронавірусу COVID-19. Враховуючи постійну загрозу військової

агресії з боку російсько-окупаційних військ, існує надзвичайно високий ризик для безпеки життя та здоров'я як тих, хто буде вакцинуватися від коронавірусної хвороби COVID-19, так і громадян України, які бажають отримати вакцину. . проти коронавірусної хвороби COVID-19. МОЗ України та Центр громадського здоров'я МОЗ України у співпраці з Міністерством реінтеграції тимчасово окупованих територій України розроблять детальний план заходів щодо організації доступу до вакцинації проти коронавірусу COVID-19.

До плану планується включення національних та міжнародних партнерів, які працюють у сферах охорони здоров'я, гуманітарної допомоги, безпеки та оборони тощо. Враховуючи дії збройних сил країни-агресора, які унеможливають доступ громадян України до вакцинації, на підконтрольних уряду України територіях планується створити пункти вакцинації.

Однак слід зазначити, що значна частина населення України та інших країн світу з різних причин не бажає вакцинуватися від COVID-19, внаслідок чого як у національній, так і в міжнародній юриспруденції почали з'являтися досить орієнтовні рішення, пов'язані з обов'язковими щепленнями, прийнятність таких дій державою та можливість обмеження прав осіб, які відмовляються від таких щеплень. Такі прецеденти визначають актуальність теми дослідження, оскільки судова практика з цього питання тільки починає формуватися. [22].

У своєму «остаточному рішенні у справі від 8 квітня 2021 року» «*Vavříčka and Others v. The Czech Republic*» (заявки № 47621/13 та п'ять інших заяв, 8 квітня 2021 р.)» [50].

ЄСПЛ дійшов висновку, що «Обов'язкова вакцинація є цілком законною при здійсненні прав людини відповідно до Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод. Варто зазначити, що чеське законодавство має більш розвинену правову базу щодо обов'язкових щеплень. Крім того, в Чеській Республіці національні закони вимагають від усіх постійних мешканців, а також усіх іноземців, яким дозволено проживати

в країні, пройти ряд планових щеплень відповідно до детальних умов, встановлених відповідним законодавством. Для дітей віком до п'ятнадцяти років за виконання цього обов'язку несуть їх законні представники. Відповідно, особа, яка порушує заборону або не дотримується зобов'язань щодо запобігання інфекційним захворюванням, вчиняє правопорушення, за яке передбачено штраф до 10 000 крон. Відповідно до цих положень заявники були притягнуті до відповідальності на національному рівні».

У своєму рішенні ЄСПЛ «*Vavříčka and Others v. The Czech Republic*» [50], окрім національного законодавства Чехії, додаткову увагу він приділив практиці низки країн, таких як Франція, Угорщина, Північна Македонія, Італія та інші. Рішення відповідних національних судів цих країн багато в чому показали, що такі положення закону про обов'язкову вакцинацію є конституційними і жодним чином не порушують права людини. Зокрема, суди наголошували, що методи вакцинації науково перевірені, є докази їх ефективності, а тому користь від такої вакцинації як для окремої людини, так і для суспільства в цілому значно переважає можливий негативний вплив вакцинації. На основі практики ЄСПЛ можна скласти чітке уявлення про позицію Суду з цього питання. Так, у рішенні у справі «Соломахін проти України» [49].

ЄСПЛ ще раз наголосив на тому, що питання обов'язкової вакцинації зачіпає права, окреслені ст. 8 Конвенції [17].

Зокрема, Суд повторює, що фізична недоторканність особи підпадає під поняття «конфіденційність», яке охоплюється статтею 8 Конвенції, як у рішенні у справах X і Y проти Нідерландів від 26 березня 1985 року [48], виконаному . Суд також наголосив, що фізична недоторканність особи впливає на найінтимніші аспекти приватного життя людини і що обов'язкове медичне втручання, навіть незначне, є посяганням на це право. Обов'язкова вакцинація – як примусове лікування – у свою чергу означає втручання в право на повагу до приватного життя, що включає фізичну та психологічну

недоторканність особи, як описано в пункті 1 статті 8 (Салветті проти Італії, 9 липня, 2002) [47] і справа проти Словаччини, 5 липня 1999 року [45]

У вищезгаданій справі проти Чеської Республіки «особи не були безпосередньо піддані процедурі вакцинації, а отже, як таке посягання на приватне життя у розумінні» ст. 8 Конвенції [17] не було. Проте суд розглянув наслідки відмови заявників від обов'язкової вакцинації. Таким чином, беручи до уваги той факт, що діти заявників були виключені зі школи через відсутність необхідних щеплень, Суд вважає, що це, однак, перешкоджало їх праву на повагу до їхнього приватного життя. Важливою особливістю цієї справи є те, що при її розгляді ЄСПЛ вирішив використати так званий трикомпонентний тест для більш глибокої перевірки наявності чи відсутності у разі порушення ст. 8 Конвенції [17].

Проведення тесту з трьох частин передбачає перевірку конкретних обмежень закону щодо критеріїв відповідності закону, наявності законної мети та потреби в демократичному суспільстві. Звісно, якщо ми говоримо про перший аспект – дотримання закону, – то цей критерій індивідуальний у кожному конкретному випадку з урахуванням національного законодавства кожної країни. Таким чином, питання про легітимність мети обов'язкової вакцинації не порушувалося перед Судом, оскільки відповідно до національного законодавства Чехії, національних судів та практики ЄСПЛ такі дії спрямовані на забезпечення здоров'я населення, включаючи створення колективний імунітет. Крім того, у згаданому вище справі «Соломахін проти України» Суд також наголосив, що порушення фізичної недоторканності заявника можна вважати виправданим дотриманням цілей охорони здоров'я та необхідністю контролювати поширення інфекційної хвороби. [49]. Стосовно останнього критерію, що складається з трьох частин, Суд нагадав зі своєї практики, що втручання буде вважатися «необхідним у демократичному суспільстві» для досягнення законної мети, якщо воно задовольняє «нагальну соціальну потребу», якщо причини, наведені місцевими органами влади були виправдані. «Доречний і достатній, навіть

якщо він пропорційний переслідуваній законній меті. Слід зазначити, що Суд залишає за державою право вирішувати питання, що стосуються національної охорони здоров'я, як зазначив ЄСПЛ у своєму рішенні від 2012 року у справі «Христов та інші проти Болгарії». [46].

Розглядаючи необхідність таких обмежень у демократичному суспільстві, ЄСПЛ наголосив, що політика охорони здоров'я країни має ґрунтуватися на інтересах дітей, як ми бачимо у Чеській Республіці. У контексті статті слід звернути особливу увагу на позицію Суду щодо недопущення невакцинованих людей від відвідування дитячих садків та шкіл. Суд зазначає, що не було жодних негативних наслідків для дітей заявників, які відвідували школу на момент застосування до них санкцій, які б вплинули на здатність їхніх дітей реалізувати своє право на освіту [50].

Зі свого боку, щодо відмови у зарахуванні дітей інших заявників до дитячих садків, ЄСПЛ зазначив, що, хоча заявники скаржилися на вплив на сімейне життя, особливо у фінансовому та кар'єрному плані, Суд повторив, що особиста сфера застосування ст. 8, обмежується самими заявниками та наслідками для них оскаржуваних заходів. Звісно, у своєму рішенні Суд врахував, що недопущення дітей цього віку до навчання та спілкування з однолітками негативно впливає на здатність їх дітей до особистісного розвитку, але ЄСПЛ стверджує, що такі наслідки спричинені навмисними порушеннями. закону їхніми законними батьками. Крім того, Суд зазначив, що вимога держави щодо тих, для кого вакцинація становить довгостроковий ризик для здоров'я, прийняти цей захисний захід як юридичний обов'язок, як непропорційне обмеження прав осіб, передбачених ст. 8 Конвенції [1]. Крім того, такі дії держави виправдані в контексті соціальної солідарності щодо невеликої кількості вразливих дітей, які не можуть отримати користь від вакцинації. Відповідно, Суд доходить висновку, що Чеська Республіка діяла в межах свого розсуду щодо політики охорони здоров'я, і тому Суд не вважає, що дії держави порушили права заявників відповідно до ст. 8 Конвенції. Важливо також зазначити, що окрім

права на повагу до приватного життя, це питання охоплює також право кожного на свободу думки, совісті та релігії, передбачене ст. 9 Конвенції в контексті права висловлювати та підтримувати свої погляди та погляди щодо вакцинації [17].

У зв'язку з тим, що практика суду щодо застосування статті 9 Конвенції є досить незначною в цьому сенсі, варто звернутись до рішення Європейського суду з прав людини у справі «Bayatyan v. Вірменія» з 2011 року поважають. [44].

Справа стосується відмови від проходження військової служби через релігійні переконання. Суд постановив, що така відмова осіб від виконання певного зобов'язання за національним законодавством (у нашому випадку – вакцинації) є виправданою лише за умови, що внутрішні переконання особи глибоко відрізняються від концепції її конкретного обов'язку перед державою. Крім того, цю проблему необхідно вирішувати в кожному окремому випадку. Однак у справі *Vavříčka and Others v. Чеська Республіка* [50] питання особистих поглядів заявників на вакцинацію мало другорядний характер, тому ЄСПЛ не встановив порушення ст. 9 Конвенції [17].

Повертаючись до питання порушення державою можливості дітей реалізувати своє право на освіту, ЄСПЛ зазначив, що їхнє право не обмежене повністю. Адже, незважаючи на неможливість відвідувати дитячі садки, діти мали різноманітні можливості для розвитку особистості та отримання нових знань. Як зазначалося раніше, питання про обов'язкову вакцинацію, а отже, обмеження можливості дітей відвідувати школу у відповідному рішенні ЄСПЛ розглядається лише в аспекті ст. ст. 8, 9 Конвенції [17] та ст. 2 Протоколу № 1 до Конвенції [31]. Проте, на думку авторів, у цьому питанні слід звернути увагу на низку прав, передбачених ст. 1 Протоколу № 12 до Конвенції, а саме про заборону дискримінації. Відповідно до цього Протоколу здійснення будь-якого законного права гарантується без дискримінації за ознаками статі, раси, кольору шкіри, мови, релігії,

політичних чи інших переконань, національного чи соціального походження, належності до національної меншини, матеріального становища, народження чи інших причин [31].

Дискримінація — це застосування різного ставлення до осіб, які перебувають у тій самій ситуації, без об'єктивного та розумного виправдання, доки різниця в поведінці не є законною або різниця в поведінці не пропорційна меті (єдина причина відмінності — особиста характеристика). передбачені національним законодавством (у нашому випадку право на освіту) [1].

Таким чином, можна припустити, що «у вищезгаданому випадку недопущення невакцинованих дітей засвоїти ознаки дискримінації. Зрештою, є різниця у ставленні до таких дітей через відсутність відповідних щеплень. Однак слід враховувати правомірність мети держави щодо такого іншого лікування нещеплених дітей. Так, можна посилатися на вже проведену трикомпонентну перевірку ЄСПЛ на порушення ст. 8 Конвенції» [17], де Суд зазначив, що такі дії держави спрямовані на захист від хвороб, які можуть становити серйозний ризик для здоров'я. Це стосується як тих, хто отримує відповідні вакцини, так і тих, хто не може бути вакцинованим і є вразливим. Тому, на перший погляд, таке різне ставлення, яке можна кваліфікувати як дискримінацію, має законну мету і є пропорційним цій меті. Сформувавши остаточну думку з цього питання дуже важко, враховуючи відсутність усталеної практики ЄСПЛ за ст. 1 Протоколу № 12 до Конвенції [31].

Більшість рішень за цією статтею спрямовані проти Боснії і Герцеговини та про порушення прав громадян. Проте зараз це може означати зменшення кількості справ у розумінні Протоколу № 12. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Вавржичка та інші Чехія 50» привертає увагу не лише до тих, хто безпосередньо бере участь у експертизі та розв'язанні справ, а й до інших суспільно-політичних діячів. Так свою позицію в соцмережі Facebook висловила суддя Європейського суду з прав людини в Україні Анна Юдківська. Анна Юдківська категорично не

погодилася з думкою про те, що держава жодним чином не може знати інтереси дитини та зазначила, що права дитини в першу чергу захищають батьки, але бувають ситуації, коли держава зобов'язана про них піклуватися. хлопчики. права та інтереси дитини, а іноді і агресивних батьків. Суддя звертає особливу увагу на обов'язок не вакцинуватися і має враховувати особливості кожної дитини. Щодо Правил процедури визначення протипоказань до вакцинації у певних дітей, оскільки батьки можуть покладатися на медичну систему, щоб звернути увагу на цей аспект, він зазначає, що коли заявники не стверджували про контрацепцію[43]. Таким чином, із заяв Гани Юдківської можна зробити висновок, що ЄСПЛ загалом підтримує і поділяє це рішення, обговорюючи його статус і веде до цінності соціальної солідарності у захисті та захисті суспільства всіх людей.

Уповноважений Верховної Ради України з прав людини Людмила Денісова також поділилася своєю думкою щодо питання вакцинації. Він зазначив, що «Офіс Уповноваженого з прав людини неодноразово отримувал листи від батьків із проханням захистити права дітей, оскільки навчальні заклади не можуть навчатися дітей через відмову від вакцинації». На думку Людмили Денісової, відмова навчальних закладів у відвідуванні тих, хто не має щеплень, яких немає у календарі, порушує право на освіту, так само як національне законодавство передбачає інші форми навчання, в тому числі повноцінну. наприклад, дистанційне навчання. зовнішні, сімейні форми навчання, не пов'язані до дитини серед багатьох інших. Такі форми навчання та обов'язкова вакцинація, на думку Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, створюють колективний імунітет та знижують ризик вакцинації дітей, а також дітей, батьки яких відмовилися від вакцинації, та дітей, які не можуть отримати необхідну кількість доз. Вакцина є лікувальною суперечністю» [11].

Уляна Супрун перебуваючи на посаді м Міністр охорони здоров'я України у своєму щоденнику зазначила: «Практика багатьох європейських країн у вигляді санкцій, заборони відвідування садків і шкіл, скасування

соціальних дотацій для сімей з відмовою від примусової вакцинації призвела до фіксована кількість щеплень: зросла більше третини від загальної кількості щеплень». [40].

З іншого боку, таке питання не є актуальним для цієї практики в Україні, хоча кількість пацієнтів, проти яких мають бути вакциновані, значно вища, ніж у європейських країнах.

Вакцинація є абсолютно негативною в суспільстві, оскільки кожен має право на забезпечення свого життя і здоров'я, крім обов'язкових щеплень, які мають робити всі. Відмова від вакцини є законною, але її наслідки набагато важчі, ніж одна вакцина. Позиція ЄСПЛ щодо вакцинації полягає в тому, що відмова не повинна загрожувати здоров'ю людини. Обмеження прав осіб, які відмовляються від вакцинації, та накладення на них відповідних санкцій не є засобом дискримінації, оскільки користь всього суспільства вища за користь однієї людини.

2.2. Роль міжнародного співробітництва у забезпеченні медичних послуг в умовах COVID-19

Доступ до медичних послуг, як індивідуальне право, завжди залишалося значною проблемою, Однієї з причин цього є недостатність державного забезпечення індивідуальних права, що неминуче спричиняють великі інвестиції, так як фактори, які покращують або погіршують здоров'я людини, виходять за рамки системи охорони здоров'я і включають соціальні проблеми, харчування, гігієну, житло, зайнятість тощо. [16, с. 341].

У цілому, міжнародноправові засади забезпечення медичних послуг можна розділити на три рівні закріплення.

Перший рівень складають: Загальна декларація прав людини 1948 року, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 року,

Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН, Декларація інвалідів з прав людини (9 грудня 1975 р.) [16].

Декларація про права людей з розумовими вадами (20 грудня 1971 р.) та інші важливі міжнародні положення. Ці положення накладають на держави-члени юридичні зобов'язання: незалежно від стану економічного розвитку вони повинні вживати всіх необхідних заходів, включаючи законодавчі та адміністративні заходи. Універсальний ступінь закріплення права на здоров'я є важливою гарантією визнання цього права міжнародним співтовариством і зобов'язує держави розробляти механізми управління для цього.

Другим рівнем має стати Європейська соціальна хартія, стаття 11, яка встановлює зобов'язання держав-підписантів вживати заходів для: усунення причин захворювань, наскільки це можливо; Надання консультативно-просвітницьких послуг щодо зміцнення здоров'я та розвитку почуття особистої відповідальності за своє здоров'я; По можливості запобігати епідеміям, ендемічним та іншим захворюванням.

З метою забезпечення ефективного здійснення права на соціальну та медичну допомогу статтею 13 Хартії договірним сторонам передбачено:

1) будь-яку особу, яка не має достатніх засобів до існування і не може їх отримати ні сама, ні з інших джерел, надати адекватну допомогу;

2) забезпечити, щоб люди, які користуються такою допомогою, не зазнавали дискримінації у своїх політичних та соціальних правах з цієї причини;

3) Забезпечити, щоб кожен міг отримати через відповідні державні чи приватні послуги будь-які консультації та індивідуальну допомогу, необхідні для запобігання, усунення або полегшення особистої чи сімейної депривації. [38].

Третій рівень складається з основних документів у цій галузі, а саме конвенцій та рекомендацій ООН, Міжнародної організації праці

(MARNOTRAT): Конвенція № 130 про медичну та сестринську допомогу 1969 року; різноманітні конвенції про працю дітей, матерів, інвалідів тощо, спрямовані на поділ працівників на різні категорії та встановлення норм праці, які не впливають на здоров'я кожної категорії. ECOSOC є спеціально заснованою організацією, яка займається цими питаннями, в тому числі у сфері охорони здоров'я. Визнання цих та інших міжнародно-правових актів потребує зміни національного законодавства відповідно до вимог міжнародних норм шляхом включення цих прав до конституції чи інших основних державних положень. [16, с. 26].

Пандемія COVID-19 далеко не перша чи остання пандемія в історії людства. За всю історію людство виробило значну кількість заходів для боротьби з епідеміями та пандеміями з медичного, медико-епідеміологічного, економічного та міжнародного права. Характерним для пандемії Covid19 є її походження та домінування в контексті глобалізації та прав людини..

ВООЗ відіграє координуючу роль у боротьбі з поширенням COVID-19, але важливі питання у сфері принципів та основних принципів міжнародного співробітництва з цього питання також обговорюються на порядку денному Генеральної Асамблеї ООН. Генеральна Асамблея ООН вже ухвалила дві резолюції щодо боротьби з поширенням COVID-19.

Перша резолюція 74/270 «Глобальна солідарність у боротьбі з коронавірусною хворобою 2019 (COVID 19)» була прийнята 2 квітня 2020 року. У ній підкреслено центральну роль системи ООН у співпраці у вживанні глобальних заходів для запобігання та стримування поширення COVID-19; визнає, що ВООЗ відіграє ключову роль у боротьбі з поширенням COVID-19; заявляє, що боротьба з COVID-19 можлива шляхом глобальних дій, заснованих на єдності, солідарності та активному багатосторонньому співробітництві; Наголошує, що глобальна відповідь на загрозу COVID-19 вимагає повної поваги до прав людини та запобігання дискримінації, расизму та ксенофобії; містить перелік сфер міжнародного співробітництва, які потребують активізації, а саме: обмін інформацією, науковими знаннями та

досвідом, у тому числі досвідом впровадження рекомендацій та стандартів ВООЗ.

Наступною резолюцією Генеральної Асамблеї ООН була 74/274 «Міжнародне співробітництво для забезпечення глобального доступу до ліків, вакцин та медичного обладнання для боротьби з COVID-19» від 20 квітня. Її авторами є 75 країн, у тому числі Україна. Ця резолюція встановлює алгоритм співпраці між ВООЗ та іншими відповідними агенціями ООН, включаючи міжнародні фінансові установи, щодо рекомендацій щодо швидкого розширення виробництва, зміцнення ланцюгів поставок, які сприяють справедливому, прозорому, справедливому, ефективному та своєчасному доступу до інструментів профілактики, лабораторні тести, реактиви та допоміжні матеріали, основні медичні засоби, нові діагностичні засоби, ліки та майбутні вакцини проти COVID-19. У Резолюції 74/274 також зазначено, що такі медичні пристрої мають бути доступні для всіх, хто їх потребує, включаючи країни, що розвиваються.

ВООЗ відіграє ключову координуючу роль у боротьбі з пандемією COVID 19. Як міжнародна міждержавна організація, ВООЗ має ті ж юридичні права та зобов'язання, що й її держави-члени. Для Всесвітньої організації охорони здоров'я це Статут ВООЗ 1946 року, який чітко називають Статутом ВООЗ. Міжнародна організація може нести відповідальність за відповідальність міжнародних організацій як на підставі її статусу, так і на основі міжнародного звичаєвого права, кодифікованого в проектах члена.

Заходи проти міжнародного поширення хвороб; Номенклатура захворювань, причин смерті та практики охорони здоров'я; Стандарти діагностичних методів дослідження для їх міжнародного використання; Стандарти безпеки, чистоти та ефективності біологічних, фармацевтичних та подібних продуктів, що циркулюють у міжнародній торгівлі; Реклама та маркування біологічної, фармацевтичної та подібної продукції, що торгується в міжнародній торгівлі» (стаття 21 Статуту ВООЗ).

Одним із механізмів міжнародного права для боротьби з пандеміями та епідеміями є положення ВООЗ про співпрацю у подоланні та запобіганні інфекційним захворюванням. Для вирішення цієї проблеми та сприяння міжнародному правовому співробітництву в рамках ВООЗ у 2005 році були прийняті вдосконалені та доповнені Міжнародні медичні правила (ММС). Метою та сферою застосування правил є «попередження, запобігання, контроль і контроль міжнародного поширення захворювань на рівні громадського здоров'я, які є пропорційними та обмеженими ризиками для здоров'я населення та не створюють непотрібних бар'єрів для міжнародного транспорту та» торгівлі. (Стаття 2 ММСП) (2005).

Механізм боротьби з інфекційними захворюваннями був створений ММСП у 2005 році. У разі спалаху або надзвичайної ситуації держава-учасниця повинна повідомити ВООЗ (повідомлення можуть надсилати інші держави, представники громадськості, міжнародні неурядові організації тощо) .Ця інформація надсилається до Комітету з надзвичайних ситуацій ММСП, який обробляє її та подає висновок та проміжні пропозиції щодо відповідних і необхідних заходів охорони здоров'я у відповідь на надзвичайну ситуацію Генеральному директору ВООЗ, який приймає рекомендації з цього приводу.

Комісія, створена для боротьби з COVID-19, налічувала 15 членів. Комітет з надзвичайних ситуацій IHR вирішив класифікувати COVID-19 як міжнародну надзвичайну ситуацію в галузі охорони здоров'я. Комітет приймає свої рішення на основі доказів та інформації, наданої державами-членами ВООЗ.

Загальна відповідальність за дотримання ММСП 2005 року покладається на держави-учасниці та ВООЗ. Для того, щоб мати можливість повідомляти про події або вживати відповідних заходів щодо ризиків або надзвичайних ситуацій для громадського здоров'я, держави-учасниці повинні мати можливість виявляти такі події за допомогою добре організованої національної інфраструктури моніторингу та відповідних

заходів. Державам-учасницям пропонується активно співпрацювати один з одним і з ВООЗ для мобілізації фінансових ресурсів для виконання своїх зобов'язань щодо ММСП у 2005 році..

У 2005 році ІНР уповноважив Генерального директора ВООЗ оголосити «надзвичайну ситуацію у сфері охорони здоров'я, що становить міжнародне значення» після консультацій з Комітетом з надзвичайних ситуацій та державами-членами ВООЗ, як це було зроблено у випадку COVID-19, після чого він пройшов перепідготовку під час пандемія. св. 15 ММСП 2005 року передбачає надання тимчасових рекомендацій ВООЗ щодо надзвичайної ситуації в галузі охорони здоров'я міжнародного значення, які можуть бути скасовані після того, як ситуація закінчиться. У ч. 1 ст. 43 ММСП 2005 року стверджує, що ММСП не перешкоджає державам-учасницям вживати заходів охорони здоров'я відповідно до їх національного законодавства та зобов'язань за міжнародним правом у відповідь на конкретні ризики для здоров'я населення або надзвичайні ситуації міжнародного значення.

Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ВООЗ COVID 19 від WHO73.1 від 19 травня 2020 року закликає до перегляду ефективності самих ММСП у 2005 році шляхом аналізу зобов'язань держав-членів, включаючи дії Китаю відповідно до ст. 6 «Повідомлення» та ст. 7 «Обмін інформацією у разі несподіваних або незвичайних подій» та наскільки самі правила адаптовані для реагування на спалах і поширення пандемії, яка виявилася пандемією COVID 19.

Стаття 6 Міжнародних медико-санітарних правил 2005 року передбачає, що:

1. «Кожна держава-учасниця оцінює розвиток подій на своїй території за допомогою схеми прийняття рішень, викладеної в Додатку».

2. «Кожна держава-учасниця повідомляє ВООЗ за допомогою найефективнішого зв'язку, доступного через національного координатора ММСП, протягом 24 годин після оцінки інформації про стан здоров'я про всі

події, що відбуваються на її території, які можуть становити надзвичайну ситуацію згідно з рішеннями. стан охорони здоров'я міжнародного значення, а також інформацію про всі заходи охорони здоров'я, вжиті у відповідь на ці події... Після повідомлення держава-учасниця продовжує надавати ВООЗ своєчасну, точну та достатньо детальну інформацію про здоров'я, якою вона володіє, коли можливо, включаючи ідентифікацію випадку, лабораторні результати, джерело та тип ризику, кількість смертей та смертей, умови, що впливають на поширення хвороби та вжиті заходи охорони здоров'я, а також, якщо необхідно, повідомляти про труднощі та необхідну підтримку у реагуванні на потенційне здоров'я надзвичайні ситуації міжнародного значення.

Слід зазначити, що відповідно до положень відповіді Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ВООЗ «COVID 19» WHA73.1 від 19 травня 2020 року, слід провести розслідування впровадження ММСП 2005 та їх адаптації до реалій пандемії. оцінено ВООЗ. 9 липня 2020 року оголошено про створення та склад незалежної комісії для оцінки дій міжнародного співтовариства під час пандемії COVID-19.

Тобто швидкість реагування ВООЗ на пандемію COVID-19 безпосередньо залежить від інформації, доступної з країн. Навіть якщо звинувачення у недотриманні вчасного та швидкого повідомлення про інфекційне захворювання є обґрунтованими, це не зменшує відповідальності ВООЗ за деякі затримки та затримки на початку пандемії. З іншого боку, розвиток пандемії був настільки несподіваним, що навіть у січні важко було уявити можливі наслідки. Тому важливо виявляти помилки, вносити зміни в міжнародно-правове регулювання боротьби з інфекційними хворобами, у тому числі відповідальність держав і міжнародних організацій.

У той же час альтернативи міжнародному співробітництву в цій сфері немає, оскільки наразі немає альтернативи ВООЗ. Наприклад, теза Сполученого Королівства з цього приводу: «Коронавірус є глобальним викликом. Важливо, щоб держави працювали разом, щоб подолати спільну

загрозу для всіх. «Британський уряд підтвердив, що продовжуватиме фінансувати ВООЗ, незважаючи на рішення Сполучених Штатів призупинити її внески.

Висновки до другого розділу

1. Найбільш складним і неоднозначним у правореалізації і правозастосуванні процесу забезпечення медичних послуг в Україні сьогодні залишається дотримання прав людини при здійсненні вакцинації.

2. Вакцинація проти коронавірусної хвороби COVID-19 є рекомендованою для: вчителів та інших працівників сфери освіти; дорослих (віком від 18 до 59 років); медичних працівників; військовослужбовців; працівників критично важливих структур; працівників соціальної сфери, осіб закладів (установ) з надання довгострокового догляду та підтримки; людей похилого віку (60 років і старше); інших категорій населення та професійні групи, які знаходяться у групі ризику щодо інфікування коронавірусною хворобою COVID-19.

3. На період карантину в порядку, встановленому Наказом МОЗ України від 04.10.2021 № 2153, обов'язковим щепленням від COVID-19 підлягають працівники: вища, аспірантська, професійна, професійна (професійна), загальна середня, у тому числі спеціальної освіти, дошкільних, позашкільних, спеціалізованих навчальних і наукових закладів незалежно від типу та форми власності; органи місцевого самоврядування та їх структурні підрозділи; центральні органи виконавчої влади та їх територіальні органи.

4. Працівники органів виконавчої влади та закладів освіти, які не щепляться проти COVID-19 протягом встановленого періоду підлягають відстороненню від роботи без збереження заробітної плати.

5. Міжнародноправові засади забезпечення медичних послуг мають тривіневий характер закріплення.

Координуючу роль у боротьбі з поширенням COVID-19 відіграє ВООЗ. Найважливіші питання у сфері принципів та основних засад міжнародного співробітництва у боротьбі з поширенням COVID-19 обговорюються на порядку денному Генеральної Асамблеї ООН.

Крім основних нормативно-правових актів які забезпечують реалізацію основоположних прав людини і громадянина, в умовах COVID-19 Генеральною асамблеєю ООН прийнто дві резолюції, присвячені боротьбі з поширенням і розповсюдженням COVID-19, а саме: Резолюція 74/270 «Глобальна солідарність у боротьбі з коронавірусним захворюванням 2019 р. (COVID-19)» від 2 квітня 2020 р. та Резолюція 74/274 «Міжнародне співробітництво з метою забезпечення глобального доступу до ліків, вакцин і медичного обладнання для протидії COVID-19» від 20 квітня.

ВИСНОВКИ

1. На основі проведеного дослідження встановлено, що в умовах поточних та прогнозованих загроз національній безпеці та національним інтересам України реформування системи охорони здоров'я здійснюється здебільшого несистемно та охоплює лише фінансову складову, результатом чого став факт того, у зв'язку з відсутністю єдиного медичного простору і неоднорідність організаційно-правових форм функціонування державних та комунальних закладів охорони здоров'я, належного забезпечення отримання населенням, особливо малозабезпеченої його частини своєчасної, ефективної, доступної і безпечної медичної допомоги у зв'язку з неспроможності системи охорони здоров'я в Україні дієво та ефективно впливати на демографічну ситуацію, покращення стану здоров'я та підвищення рівня якості життя населення.

2. Проаналізувавши міжнародне та національне законодавство, позиції вчених, ми приходимо до висновку що «право на медичну допомогу» слід розуміти як право людини на отримання від суб'єктів медичного обслуговування населення комплексу дієвих та ефективних заходів, які спрямовані на діагностику, профілактику, лікування й реабілітацію фізичного та психічного її здоров'я.

Найбільш складним і неоднозначним у правореалізації і правозастосуванні процесу забезпечення медичних послуг в Україні сьогодні залишається дотримання прав людини при здійсненні вакцинації, а особливо - права особи щодо надання згоди пацієнта на здійснення медичного втручання.

3. За результатами аналізу практики ЄСПЛ встановлено, що обмеження прав осіб, які відмовилися від вакцинації за власним бажанням, а також накладення санкцій за таку відмову, не є проявом дискримінації, так-як інтереси суспільства мають превілейоване значення над інтересами однієї

особи, тому впровадження аказом МОЗ України від 04.10.2021 № 2153, обов'язкової вакцинації проти COVID-19 служители: местни държавни администрации и техните структурни подразделения; централни органи на изпълнителната власт и техните териториални органи; висши, следдипломни, професионални, висши, професионални (професионални), средно общообразователни, включително специално, предучилищно, извънучилищно образование, институции за специализирано образование и научни институции, независимо от вида и формата на собственост за борба за общественото здраве не е нарушение на правата на физическите лица.

5. За резултатами вивчених міжнародноправових засад забезпечення медичних послуг встановлено їх трирівневий характер закріплення та зясовано координуючу роль у боротьбі з поширенням COVID-19 Всесвітньої організації охорони здоров'я

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз застосування практики Європейського суду з прав людини та дотримання Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод судами першої інстанції та апеляційним судом Харківської області URL: https://hra.court.gov.ua/sud2090/inf_court/generalization/uzag1517 (дата звернення: 15.04.21).

2. Блащук Т. В. Організаційно-правові форми діяльності суб'єктів, що здійснюють медичне обслуговування населення в умовах реформи медичної галузі. Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право». 2018. №2(18). URL: <https://lj.oa.edu.ua/articles/2018/n2/18btvrnh.pdf> (дата звернення: 01.10.2021).

3. Блащук Т.В. . Право на медичну допомогу та його реалізація в умовах пандемії COVID-19. Підприємництво, господарство і право. 2020. № 11/2020. С. 4-12 URL: <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2020/11/2.pdf>. (дата звернення: 01.10.2021).

4. Все про вакцинацію від в Україні COVID-19 (AstraZeneca). Електронний ресурс. URL: <https://vaccination.covid19.gov.ua/articles/astrazeneca> (дата звернення: 01.10.2021).

5. Все про вакцинацію від в Україні COVID-19 (CoronaVac/Sinovac Biotech). Електронний ресурс. URL: <https://vaccination.covid19.gov.ua/articles/astrazeneca> (дата звернення: 01.10.2021).

6. Все про вакцинацію від в Україні COVID-19 (Comirnaty/Pfizer-BioNTech). Електронний ресурс. URL: <https://vaccination.covid19.gov.ua/articles/astrazeneca> (дата звернення: 01.10.2021).

7. Все про вакцинацію від в Україні COVID-19 (Moderna). Електронний ресурс. URL: <https://vaccination.covid19.gov.ua/articles/astrazeneca> (дата звернення: 01.10.2021).
8. ГЛАДУН, З. Режим надання медичної допомоги: поняття, види й адміністративно-правове регулювання. *Науково практичне фахове видання*, 2014, 206.
9. Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі. Європейська нарада з прав пацієнтів. ВООЗ, Амстердам, 1984
10. Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі. Європейська консультативна нарада ВООЗ із прав пацієнта. Амстердам, 1984р. URL: http://who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (дата звернення: 01.10.2021) (дата звернення: 01.10.2021).
11. Денисова Л.Л. Щодо звернення батьків щодо сприяння у захисті прав дітей на освіту у зв'язку з відмовою від їх обов'язкової вакцинації. Офіс Омбудсмана України Facebook : вебсайт. URL: <https://www.facebook.com/office.ombudsman.ua/posts/810731582872351> (дата звернення: 15.04.21).
12. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я: Наказ міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02> (дата звернення: 01.10.2021).
13. Дорожня карта з провадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні в 2021-2022 роках Затверджена Наказ МОЗ України від 24 грудня 2020 року №3018 URL: https://moz.gov.ua/uploads/5/28666-dn_213_09_02_2021_dod.pdf (дата звернення: 01.10.2021).
14. Дроздова, ОЛЕНА ВАЛЕРІЇВНА. *Цивільно-правовий захист прав пацієнтів в контексті практики Європейського суду з прав людини. Diss.*

2017. URL: <http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/13330> (дата звернення: 01.10.2021).

15. Європейська соціальна хартія від 3 травня 1996р.: ратифіковано із заявами Законом № 137-V від 14 вересня 2006 р. База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062 (дата звернення: 15.04.21).

16. КАРТАШКИН, Владимир Алексеевич; ЛУКАШЕВА, Е. А. Международные акты о правах человека. М.: НОРМА-ИНФРА, 1998.

17. Конвенція про захист прав і основоположних свобод від 04 листопада 1950 р. № 995_004: ратифіковано Законом від 17 липня 1997 р. №475/97-ВР. База даних «Законодавство України» URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004 (дата звернення: 01.10.2021).

18. Конвенція про права дитини від 20 листопада 1989 р., зі змінами, схваленими резолюцією 50/155 Генеральної Асамблеї ООН від 21 грудня 1995 року. База даних «Законодавство України» URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021 (дата звернення: 15.04.21).

19. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 №254к/96ВР. Законодавство України : база даних\ Верховна Рада України. Дата оновлення: 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 01.10.2021).

20. Медико правовий тлумачний словник/заред.І.Я. Сенюти. Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2010.540 с..

21. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Законодавство України : база даних / Міжнародні організації та органи. Дата оновлення: 19.10.1973. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042 (дата звернення: 01.10.2021).

22. Ніколюк А. Бедрата А. Вакцинація проти COVID-19: право чи обов'язок у розумінні європейського суду з прав людини Електронний ресурс. URL: http://www.lsej.org.ua/4_2021/156.pdf (дата звернення: 01.10.2021).

23. Наказ МОЗ України від 04.10.2021 № 2153 "Про затвердження Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням" URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-04102021--2153-pro-zatverdzhennja-pereliku-profesij-virobnictv-ta-organizacij-pracivniki-jakih-pidljagajut-obovjazkovim-profilaktichnim-sheplennjam> (дата звернення: 01.10.2021).

24. Науково-практичний коментар Цивільного кодексу України: У 2 т. 2 вид., перероб. і доп./ за ред. О.В. Дзери, Н.С. Кузнецової, В.В. Луця. Київ: Юрінформ Інтер, 2006. Т.І.

25. Олег Нікітн. Реалізація права на медичну допомогу та отримання медичних послуг. 2018. URL: <https://id-legalgroup.com/ua/blog/realizatsiya-prava-na-medicsinskuju-pomosch-ipoluchenyemeditsinskikh-uslug> (дата звернення: 01.10.2021).

26. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. Законодавство України база даних / Верховна Рада України. Дата оновлення: 24.07.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 19.10.2020).

27. Сенюта, Ірина Ярославівна. "Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні (загальнотеоретичне дослідження)." *ІЯ Сенюта* (2006).. URL: http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/PDF/ресорс/pdf (дата звернення: 01.10.2021).

28. Про захист населення від інфекційних хвороб Закон України від 06.04.2000 № 1645-ІІІ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення: 01.10.2021).

29. Про медичну допомогу та допомоги увипадку хвороби: Конвенція міжнародної організації праці від 25.06.1969 № 130. Законодавство України: база даних / Міжнародні організації та органи. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_184 (дата звернення: 01.10.2021).

30. Програма подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 . верховна рада україни. Дата оновлення:11.07.2002. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/955-2002-п> (дата звернення: 19.10.2020),

31. Протокол N 12 до Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (ETS N 177) (укр/рос): ратифіковано Законом № 3435-IV від 09 лютого 2006 р. База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_537 (дата звернення: 15.04.21).

32. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14> (дата звернення: 15.04.21).

33. Про освіту: Закон України від 5 вересня 2017 р. № 2145-VIII / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19> (дата звернення: 15.04.21).

34. Рішення Конституційного Суду України від 10 березня 2021 р. № 331/5291/19 за справою про визнання недійсним та скасування наказів про відсторонення від занять учнів, які не щеплені за віком. Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/93119655> (дата звернення:15.04.21).

35. Рішення Конституційного Суду України від 17 квітня 2019 р. № 682/1692/17 за справою про прийняття до навчально-виховного комплексу. Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/81652333> (дата звернення:15.04.21).

36. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Арская проти України» від 25.02.2014 № 45076/05 URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/SOO00617.html (дата звернення: 01.10.2021).

37. Рішення Конституційного суду України від 25 листопада 1998 р. № 15-рп/98. Офіційний сайт Конституційного Суду України. URL: <http://www.ccu.gov.ua/> (дата звернення: 01.10.2021).

38. СЕНЮТА, Ірина. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я. *Вісник Львівського університету. Сер. юридична*, 2004, 24-36.

39. СТЕФАНЧУК, Руслан Олексійович. Особисті немайнові права фізичних осіб у цивільному праві (поняття, зміст, система, особливості здійснення та захисту): монографія. *Хмельницький: Видавництво Хмельницького університету управління та права*, 2007, 415..

40. Супрун У. У Європі штрафують за відмову від вакцинації. URL: <https://suprun.doctor/zdorovya/vidmova-vid-vakczinacziyi-v-samoaprizvela-domasovoyi-tragediyi.html?=&page1000> (дата звернення: 15.04.21) Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text (дата звернення: 01.10.2021).

41. Указ Президента України «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [від 18 серпня 2021 року № 369/2021](#) Законодавство України: база даних / URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text> (дата звернення: 01.10.2021).

42. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. Законодавство України : база даних / Верховна Рада України. Дата оновлення: 16.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення: 01.10.2021).

43. Юдківська Г.Ю. І дещо про вакцинацію від ЄСПЛ. Facebook : вебсайт. URL: <https://www.facebook.com/photo?fbid=2805747823087958&set=a.1428599400802814> (дата звернення: 15.04.21).

44. Case of Bayatyan v. Armenia (Application no. 23459/03, 7 July 2011). The European Court of Human Rights (Grand Chamber). URL: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{"itemid":\["001-105611"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{) (дата звернення: 01.10.2021).

45. Case of Matter v. Slovakia (Application no. 31534/96, 5 July 1999). The European Court of Human Rights (Second section). URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"fulltext":\["\"CASE%20OF%20MATTER%20v.%20SLOVAKIA\""\],"documentcollectionid2":\["GRANDCHAMBER","CHAMBER"\],"itemid":\["001-58266"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{) (дата звернення: 01.10.2021).

46. Case of Hristozov and others v. Bulgaria (Applications nos. 47039/11 and 358/12, 29 April 2013). The European Court of Human Rights (Fourth section). URL: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{"itemid":\["001-114492"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{) (дата звернення: 01.10.2021).

47. Case of Salvetti v. Italy (Application no. 42197/98, 9 July 2002). The European Court of Human Rights (First section). URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-22636"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{) (дата звернення: 01.10.2021).

48. Case of X and Y v. The Netherlands (Application no. 8978/80, 26 March 1985). The European Court of Human Rights (Court (Chamber)). URL: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{"itemid":\["001-57603"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{) (дата звернення: 01.10.2021).

49. CASE OF SOLOMAKHIN v. UKRAINE (Application no. 24429/03, 24 September 2012). URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-109565"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{) (дата звернення: 01.10.2021).

50. Case of Vavříčka and Others v. The Czech Republic (Applications no. 47621/13 and five other applications, 8 April 2021). URL <https://ips.ligazakon.net/document/ES069824> (дата звернення: 01.10.2021).

51. H.L. v. The United Kingdom, Application no. 45508/99, Council of Europe: European Court of Human Rights, 5 October 2004, available at URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng-press?i=003-1154118-1197068> (дата звернення: 01.10.2021).

52. N.B. v. Slovakia, No. 29518/10, ECtHR (Former Fourth Section), 12 June 2012 URL: <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-111427> (дата звернення: 01.10.2021).