

# СТАНДАРТИ РАДИ ЄВРОПИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПРАКТИКА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ

**Справа «V.C. проти Словаччини»**

**ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СУД З ПРАВ ЛЮДИНИ**  
**Колишня Четверта секція**

**Рішення**

Справа «V.C. проти Словаччини»  
(Заява № 18968/07)\*  
Страсбург, 8 листопада 2011 р.

У справі V.C. проти Словаччини Європейський суд з прав людини (колишня Четверта секція), засідаючи Палатою у складі:

Ніколаса Братци (голова),

Леха Гарлицького,

Ліляни Мійович,

Давида Тора Бйоргвинсона,

Яна Шікути,

Пяіві Хірвеля,

Міхая Поалелунджі (судді),

а також за участю Фатоша Араджи (заступник секретаря секції),

засідаючи 22 березня, 6 червня, 24 серпня і 17 жовтня 2011 р. за

закритими дверима,

постановив таке рішення:

## **ПРОЦЕДУРА**

1. Справу розпочато за заявою (№ 18968/07), яку подала 23 квітня 2007 р. до Європейського суду з прав людини (далі – Суд) проти Словаччини громадянка Словаччини V.C. (далі – заявниця), згідно зі ст. 34 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (далі – Конвенція). Голова Палати задовольнив клопотання заявниці про нерозголошення її імені (п. 3 правила 47 Регламенту Суду).

---

\* Рішення взято з сайту [www.hudok.echr.coc.int](http://www.hudok.echr.coc.int)

2. Правову допомогу заявниці надавали адвокати Б. Буковська і В. Дурбакова у співпраці з Центром громадянських прав і прав людини в м. Кошиці. Уряд Словаччини представляв Уповноважений Словаччини при Суді М. Пірошикова.

3. Заявниця вказувала на порушення ст. 3, 8, 12, 13 та 14 Конвенції у зв'язку з її стерилізацією в державній лікарні.

4. Рішенням від 16 червня 2009 р. Суд визнав заяву прийнятною для розгляду за суттю.

5. Заявниця та уряд Словаччини подали додаткові письмові пояснення за суттю заяви (п. 1 правила 59 Регламенту Суду). Крім того, були отримані коментарі від Міжнародної федерації гінекології та акушерства (FIGO), яка виступила третьою стороною та отримала дозвіл голови взяти участь у письмовій процедурі (п. 2 ст. 36 Конвенції та п. 2 правила 44 Регламенту Суду).

6. Публічні слухання у справі були призначені на 7 листопада 2010 р., проте 24 серпня 2010 р. було ухвалено рішення відкласти засідання у зв'язку з клопотанням уряду Словаччини, який повідомив про наміри врегулювати спір мирним шляхом. Мирно врегулювати спір сторонам не вдалося.

7. Публічні слухання відбулись у Палаці прав людини в Страсбурзі 22 березня 2011 р. (п. 3 правила 59 Регламенту Суду).

У Суд з'явилися:

*a) зі сторони Уряду Словаччини:*

М. Пірошикова, Уповноважений Словаччини при Суді,

К. Чахойова, заступник Уповноваженого,

М. Бузга,

В. Цупаник,

Й. Палькович (консультанти);

*b) зі сторони заявниці:*

Б. Буковська, адвокат,

В. Дурбакова, адвокат.

Суд заслухав виступи Б. Буковської, В. Дурбакової, М. Пірошикової, М. Бузги та В. Цупаник.

## ФАКТИ

### I. ОБСТАВИНИ СПРАВИ

8. Заявниця, ромської національності за походженням, народилась 1980 р. і проживає в м. Яровніц. Вона отримала 6 класів обов'язкової освіти і тепер безробітна. Її рідною мовою є ромська, нею вона послуговується у побуті разом з місцевим діалектом.

#### **А. Стерилізація заявниці в Прешовській лікарні**

9. 23 серпня 2000 р. заявницю було стерилізовано під час перебування у лікарні й Центрі охорони здоров'я в м. Прешові (сьогодні відомих як Університетська навчальна лікарня і Центр охорони здоров'я ім. Й.А. Реймана в Прешові; далі – Прешівська лікарня), підвідомча Міністерству охорони здоров'я.

10. Операцію було проведено, коли заявниця народжувала другу дитину за допомогою кесаревого розтину. Перші пологи заявниці також були результатом кесаревого розтину. Стерилізація заявниці полягала у застосуванні методу Помероя.

11. Під час вагітності заявниця не проходила регулярних обстежень. На прийомі у терапевта вона була лише один раз.

12. Заявницю, яка скаржилася на родовий біль, було госпіталізовано у відділення акушерства та гінекології Прешівської лікарні 23 серпня 2000 р. близько 8 год ранку. Після обстеження заявниці повідомили про необхідність кесаревого розтину.

13. Записи в документі, який містить детальний опис перебігу переймів і пологів, здійснювалися через певні часові інтервали. Перший запис було зроблено о 7 год 52 хв. Згодом стан заявниці контролювався за допомогою КТГ (кардіотокографії); останній запис про КТГ зроблено о 10 год 35 хв.

14. Відповідно до записів в історії пологів, о 10.30 год заявниця вимагала стерилізації. Цю вимогу внесено безпосередньо в медичну документацію – запис виконано друкованими літерами: «Пацієнтка вимагає стерилізації». Під ним видно невпевнений підпис заявниці. Підпис був виконаний тремтячою рукою, і дівоче прізвище заявниці, яке вона тоді носила, було розбите на два слова.

15. Заявниця стверджувала, що після декількох годин болючих перейм медичний персонал Прешівської лікарні поцікавився у неї, чи бажає вона мати ще дітей. Заявниця відповіла ствердно, але персонал повідомив їй, що якщо вона спробує народити ще одну дитину, вона або дитина можуть загинути. Заявниця почала плакати і, оскільки була переконана, що її наступна вагітність буде фатальною, звернулася до медичного персоналу зі словами: «Робіть, що хочете». Після цього їй було запропоновано підписати згоду на стерилізацію. Заявниця, не розуміючи значення терміна «стерилізація», підписала згоду з побоювань фатальних наслідків наступної вагітності. Оскільки вона перебувала на останньому періоді пологів, на її здатність мислити свідомо впливали перейми та біль.

16. Об 11.30 год заявниця отримала анестезію, після чого було проведено кесарів розтин. З урахуванням стану репродуктивних органів заявниці два лікарі звернулися до головного лікаря за дозволом на проведення гістеректомії або стерилізації. Потім вони перев'язали труби заявниці. Операція завершилася о 12.10 год, і заявницю через 10 хв вивели з наркозу.

17. Відмітку «пацієнтка ромського походження» було внесено в картку вагітності та пологів заявниці (розділ «Анамнез», підрозділ «Соціально-трудова умова, зокрема, під час вагітності» формуляра, призначеного для цієї мети).

18. Під час перебування у відділенні гінекології та акушерства Прешівської лікарні заявниця знаходилася у палаті, де були жінки тільки ромського походження. Вона не могла користуватися тими самими душами і туалетом, що і жінки неромського походження.

19. Заявниця потерпала від серйозних медичних і психологічних наслідків стерилізації. Так, наприкінці 2007 р. і на початку 2008 р. у

заявниці спостерігалися ознаки фальшивої вагітності. Вона вважала, що є вагітною і має всі ознаки вагітності. Однак ультразвукове дослідження показало, що вона не була вагітною. Згодом, у липні 2008 р., вона лікувалася у психіатра в Сабінові. За повідомленням психіатра, заявниця продовжує страждати від свого безпліддя.

20. Заявниця також зазнала осуду ромського співтовариства. Її чоловік, батько її дітей, кілька разів залишав її через безпліддя. У 2009 р. заявниця розлучилася зі своїм чоловіком. Заявниця стверджувала, що однією з причин розлучення було безпліддя.

### **В. Позиція Прешівської лікарні**

21. У письмовому поясненні директора Прешівської лікарні від 3 липня 2008 р. вказувалося, що перші пологи заявниці в 1998 р. проводилися за допомогою кесаревого розтину, оскільки розмір таза заявниці виключав пологи природнимипологовими шляхами. Центр передпологового спостереження заявниця відвідувала тільки двічі, на початку своєї вагітності. Після пологів вона перебувала в реанімаційній палаті, де отримувала медичну допомогу. На третій день вона полишила лікарню без дозволу лікарів і повернулася через 24 години у зв'язку з сепсисом, спричиненим запаленням матки. Після дев'яти днів госпіталізації та інтенсивного лікування антибіотиками заявницю разом з дитиною виписали з лікарні. Заявниці було рекомендовано регулярне спостереження у гінеколога, проте цієї рекомендації вона не дотрималась.

22. Під час другої вагітності заявниця відвідала Центр передпологового спостереження тільки один раз, в першому триместрі вагітності. Під час других пологів через біль, який заявниця відчувала в нижній частині живота (в ділянці операції під час перших пологів), і зважаючи на розмір її таза, лікарі повідомили про необхідність кесаревого розтину. Вони вважали, що існує загроза розриву матки. Після того як медичний персонал роз'яснив їй ситуацію і можливі ризики третьої вагітності, заявниця, повністю усвідомлюючи, що відбувається, підписала вимогу стерилізації.

23. В іншому поясненні, від 27 липня 2009 р., директор Прешівської лікарні заперечив умисну та організовану сегрегацію ромських жінок та існування так званих ромських палат. На практиці ромських жінок часто розміщували разом на їх вимогу.

### **С. Кримінальне провадження**

24. 23 січня 2003 р. у зв'язку з публікацією Центру репродуктивних прав і Центру громадянських прав і прав людини під назвою «Тіло і душа: примусова і насильницька стерилізації та інші посягання на репродуктивну свободу ромів у Словаччині» (далі – доповідь «Тіло і душа») відділ прав людини і меншин апарату уряду Словаччини ініціював порушення кримінального провадження щодо незаконної стерилізації декількох ромських жінок.

25. Кримінальне провадження проводило слідче управління міліції в м. Жиліні. Слідчі, прокурори різних рівнів і Конституційний Суд Словаччини винесли кілька рішень. Кримінальне провадження було припинено за відсутністю складу злочину в діях зі стерилізації жінок

етнічного ромського походження (додаткові подробиці викладені в Рішенні Суду у справі «IG, МК і RH проти Словаччини» (IG, МК and RH v. Slovakia) від 22 вересня 2009 р., скарга № 15966/04).

26. Заявниця не вимагала порушення кримінальної справи.

#### **D. Розгляд справи в порядку цивільного судочинства**

27. У січні 2003 р., після публікації доповіді «Тіло і душа», заявниця дізналася, що перев'язування труб не було життєво важливою операцією, як стверджував медичний персонал Прешівської лікарні, і що для здійснення цієї процедури була потрібна повна й інформована згода пацієнтки. З огляду на це вона намагалась отримати свою медичну документацію для ознайомлення. У травні 2004 р. їй було дозволено ознайомитися з її медичною карткою разом з адвокатом після ухвалення судового рішення з цього приводу.

28. 9 вересня 2004 р. заявниця звернулася з позовом до Прешівського районного суду, відповідно до ст. 11 та інших Цивільного кодексу Словаччини, з вимогою захисту її особистих прав. Вона стверджувала, що стерилізацію було проведено з порушенням словацького законодавства та міжнародних стандартів прав людини, включаючи ст. 3, 8, 12 і 14 Конвенції. Заявниця вказала, що не була належно повідомлена про процедуру як таку, її наслідки та альтернативні методи лікування. За здійснення незаконної стерилізації заявниця вимагала вибачень і компенсації моральної шкоди.

29. Під час судового розгляду районний суд дослідив письмові докази, пояснення заявниці та медичного персоналу Прешівської лікарні.

30. Зокрема, заявниця описала обставини, за яких вона народжувала у Прешівській лікарні, і те, як їй було запропоновано дати згоду на стерилізацію. Вона також розповіла, що батько її дітей покинув її через безпліддя і врешті-решт, вони розлучилися. Заявниця також вказала на медичні розлади, які з'явилися після стерилізації.

31. Лікар Ч. Прешівської лікарні, який зробив заявниці операцію, розповів, що заявниці чи обставин її госпіталізації не пам'ятає. Його пояснення ґрунтувались на записах у медичній картці заявниці. Він стверджував, що заявниця була повністю поінформована про стан її здоров'я та особливості пологів приблизно за 90 хв до пологів. Інформацію про необхідність стерилізації їй повідомив завідувач відділення акушерства та гінекології, а також лікар, який безпосередньо виконав оперативне втручання. Стерилізацію було проведено на вимогу заявниці та за медичними показаннями. Третя вагітність могла стати для заявниці ризикованою і вимагала б постійного спостереження у гінеколога під час вагітності. Лікар Ч. стверджував, що стерилізація заявниці не була проведена за життєвими показаннями.

32. Лікар К., завідувач відділення акушерства та гінекології Прешівської лікарні, розповів, що він повністю згоден з поясненням лікаря Ч. Лікар К. точно не міг пригадати цього випадку. Він припустив, що цей випадок був таким, як і інші. Він не був присутній при пологах і стерилізації заявниці, але йому повідомили про такий факт інші лікарі. Він висловив думку про те, що стерилізація відповідала чинному законодавству. У випадку заявниці не було часу скликати консиліум, оскільки вона звернулася у лікарню, коли пологи уже почалися.

**33.** Лікар К. також стверджував, що після того, як він призначив своїх колег Ш. і Ч. для проведення операції, він запропонував їм з'ясувати, чи згодна пацієнтка на стерилізацію, і якщо так, то підтвердити її згоду підписом. Якщо пацієнтка відмовилася б дати письмову згоду на стерилізацію, її варто було здійснити відповідно до ст. 2 Постанови про стерилізацію 1972 р., яка допускала таке втручання в разі небезпеки для життя особи.

**34.** У процесі цивільного розгляду заявниця також надала суду висновок психолога від 17 лютого 2006 р. щодо її психічних змін, які стали наслідком стерилізації. У ньому зазначалося, що її інтелектуальні здібності були дуже низькими, на межі розумової відсталості, але в практичних питаннях її мислення було добре розвиненим. Психолог відзначив, що спілкування з заявницею вимагає пристосування до її розумових і мовних навиків. У висновку зазначено, що заявниця не страждає на жодне психічне захворювання, яке перешкоджало б їй ухвалювати рішення щодо свого життя та здоров'я.

**35.** 28 лютого 2006 р. Прешівський районний суд відмовив у задоволенні позовних вимог. У рішенні вказувалось, що процедуру стерилізації було проведено тільки після отримання медичним персоналом письмової згоди заявниці. Він визнав, що підпис у медичній картці заявниці поставила незадовго до кесаревого розтину, перебуваючи в «положенні лежачи на спині». Процедуру було проведено за медичними показаннями. Вона була обумовлена незадовільним станом здоров'я заявниці. Медичний персонал діяв відповідно до закону.

**36.** Той факт, що процедура не була попередньо схвалена комітетом зі стерилізації, свідчить лише про порушення формальних вимог; це не було порушенням недоторканності заявниці, гарантованої ст. 11 та іншими Цивільного кодексу Словаччини. Порушення Конвенційних прав заявниці не було встановлено.

**37.** Нарешті, районний суд встановив, що стан заявниці не є незворотним, оскільки зберігається можливість запліднення *in vitro*.

**38.** 12 травня 2006 р. заявниця подала скаргу. Вона стверджувала, що була стерилізована без інформованої згоди в ситуації, за якої не могла повністю усвідомлювати характер і наслідки процедури. У поясненнях медичного персоналу траплялися замовчування і суперечності, медичні документи не містили записів про належне інформування пацієнтки щодо процедури, її незворотного характеру та альтернативних методів. Комітет зі стерилізації визнав порушення чинного законодавства у випадку заявниці. Перев'язування труб не можна вважати операцією, показаною для порятунку життя. Заявниця посилалася на документи міжнародних медичних організацій.

**39.** 25 жовтня 2006 р. Прешівський обласний суд залишив без зміни рішення суду першої інстанції. Він вказав, що стерилізація заявниці була проведена відповідно до чинного законодавства і що ця процедура була показана заявниці за станом здоров'я.

**40.** Суд апеляційної інстанції послався на пояснення медиків і встановив, що мала місце загроза розриву матки заявниці. Заявниця дала згоду на стерилізацію після того, як була належним чином поінформована про її стан здоров'я. При цій процедурі дотримувалися



відповідних положень Постанови про стерилізацію 1972 р. Рішення про необхідність стерилізації ухвалив головний лікар. Згода Комітету зі стерилізації потрібна лише у випадках проведення операції на здорових репродуктивних органах, однак ситуація заявниці до них не належить.

## **Е. Провадження у порядку конституційного судочинства**

41. 17 січня 2007 р. заявниця подала скаргу до Конституційного Суду Словаччини. Посилаючись на свою стерилізацію і висновки судів загальної юрисдикції у вищезгаданому цивільному розгляді, вона стверджувала, що операція у Прешівській лікарні була проведена без її інформованої згоди і що вона не могла отримати відшкодування внаслідок дій і рішення Прешівського обласного суду. Вона стверджувала, що останній порушив її конституційні права і свободи, які забороняють дискримінацію та жорстоке, нелюдське або таке, що принижує гідність, поводження або покарання, її право на захист від невинуватого втручання в її право на повагу до особистого і сімейного життя та право на захист сім'ї, а також права, передбачені ст. 3, 8, 12, 13 і 14 Конвенції, ст. 5 Конвенції про права людини та біомедицину. Заявниця просила Конституційний Суд скасувати рішення місцевого суду.

42. 14 лютого 2008 р. Конституційний Суд відхилив скаргу як необґрунтовану (подробиці викладені в рішенні про прийнятність цієї скарги від 16 червня 2009 р.).

## **Ф. Огляд практики стерилізації у Словаччині**

### *1. Інформація, надана заявницею*

43. Заявниця послалась на низку публікацій, у яких викладена історія примусової стерилізації ромських жінок, яка почалася при комуністичному режимі в Чехословаччині ще на початку 1970-х років і яка, на її думку, вплинула на її власну стерилізацію.

44. Зокрема, заявниця вказала, що постанова Міністерства охорони здоров'я 1972 р. про стерилізацію використовувалося для заохочення стерилізації ромських жінок. Згідно з документом 1979 р., підготовленим чехословацькою дисидентською групою «Хартія 77», в Чехословаччині упроваджувалася програма, метою якої було заохочення ромських жінок фінансовими стимулами до стерилізації, після того, як зусилля уряду «щодо контролю над значною мірою нездоровим ромським населенням у межах планування сім'ї та контрацепції» виявилися безуспішні.

45. Заявниця також стверджувала, що в 1986–1987 рр. 60% операцій зі стерилізації були проведені в Прешівському районі ромським жінкам, які представляли тільки 7% населення краю. Згідно з іншим дослідженням, в 1983 р. приблизно 26% жінок, стерилізованих у Східній Словаччині (місцевості, де проживає заявниця), були ромами; до 1987 р. цей показник зріс до 36,6%.

46. У доповіді організації «Хьюман райтс вотч», підготовленій у 1992 р., зазначалося, що багато ромських жінок не повною мірою усвідомлюють незворотний характер процедури і погоджуються на неї через незадовільне економічне становище чи тиск з боку влади.

47. Згідно з іншими доповідями, в 1999 р. медсестри, які працюють у фінському центрі прийому біженців, повідомили дослідників організації «Міжнародна амністія» про те, що помітили незвично високу частку таких гінекологічних операцій, як стерилізація і видалення яєчників, у ромів – біженок зі Східної Словаччини. У всіх доповідях Прешівська лікарня згадувалася серед тих, де практикувалася стерилізація.

## *2. Інформація, надана урядом країни-відповідача*

48. Уряд Словаччини стверджував, що послуги охорони здоров'я надавалися у Словаччині всім жінкам рівною мірою. Статистичні відомості, що ґрунтуються на етнічному походженні пацієнтів, як правило, не накопичувалися, оскільки це вважалося таким, що суперечить правам людини.

49. Після публікації доповіді «Тіло і душа» Міністерство охорони здоров'я створило групу експертів з метою перевірки випадків імовірно незаконної стерилізації та сегрегації ромських жінок.

50. У доповіді Міністерства від 28 травня 2003 р., представленій парламентському Комітету з прав людини, національностей і становища жінок, зазначено, що в результаті перевірки було опрацьовано медичні документи 3500 стерилізованих жінок і 18 000 жінок, які народили за допомогою кесаревого розтину, за попередні 10 років.

51. Частка стерилізованих жінок у Словаччині становила всього 0,1% жінок репродуктивного віку. У європейських країнах ця частка коливається від 20 до 40%. Низький рівень стерилізації в Словаччині пояснюється, насамперед, тим, що ця процедура не набула поширення як метод контрацепції.

52. За відсутності офіційних статистичних відомостей про етнічне походження жителів експертна група могла оцінити становище жінок ромського етнічного походження тільки частково. У регіонах, де частка жінок ромського етнічного походження оцінювалася опосередковано, частотність стерилізації та кесаревого розтину серед ромів була значно менша порівняно з іншим населенням. Частотність стерилізації в Прешівському та Кошицькому районах була дещо вищою, ніж в інших районах Словаччини.

53. Експертна група відзначила, що в лікарнях, обстежених її членами, випадків геноциду чи сегрегації ромського населення не виявлено. В усіх випадках стерилізація була проведена відповідно до медичних показань. У низці справ було виявлено деякі недоліки в наданні медичної допомоги та недотримання правил стерилізації (зокрема, порушення адміністративних процедур). Однак вони стосувалися всього населення незалежно від етнічного походження пацієнтів. Лікарні, в яких виявлено адміністративні порушення, вжили заходів для їх усунення.

54. У жодній з лікарень, оглянутих експертною групою, не виявлено окремих палат для ромських жінок; усі пацієнти отримують лікування в одних і тих самих лікарняних приміщеннях. Внаслідок ситуації, що склалася за попередні десятиліття, медичний персонал і громадяни перебували в нерівному становищі стосовно відповідальності за підтримання та зміцнення здоров'я громадян. Це виявлялося, зокрема, в



обмеженні прав і відповідальності громадян у питаннях охорони здоров'я. Рекомендовано заходи для забезпечення отримання громадянами необхідної інформації, що слугує підставою інформованої згоди на їх лікування або відмови від нього. Вимагання громадянами медичного втручання повинні оформлятися законним чином, щоб дати змогу зацікавленим особам вільно висловлювати свою волю після отримання необхідної інформації.

55. Заходи, рекомендовані в доповіді, полягали у зміні норм про стерилізацію з метою забезпечення дотримання, зокрема, Конвенції про права людини та біомедицину, яку ратифікувала Словаччина. Доповідь містила також низку рекомендацій у сфері навчання медичного персоналу щодо «культурних відмінностей у регіонах підвищеної концентрації ромських громад». В інтересах освіти ромського населення у сфері охорони здоров'я Словацький медичний університет у Братиславі повинен був створити, спільно з Міністерством охорони здоров'я, мережу медичних асистентів, які отримували б спеціальну підготовку і діяли в ромських поселеннях.

56. Під час засідання влада Словаччини вказала, що жінки, щодо яких, імовірно, допущено порушення у контексті стерилізації, могли вимагати компенсації в судах у порядку цивільного судочинства. Владі Словаччини відомо про п'ять подібних проваджень у словацьких судах. Ще шість завершилися рішеннями, що набули чинності. У трьох з них позови були задоволені.

## II. НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО

### A. Цивільний кодекс

57. Відповідно до ст. 11, фізичні особи мають право на захист їхніх особистих прав (особисту недоторканність), зокрема, їхнього життя і здоров'я, людської гідності, особистого життя, імені та персональних даних.

58. Відповідно до п. 1 ст. 13, фізичні особи мають право вимагати припинення невинуватих порушень їхніх особистих прав та усунення наслідків таких порушень. Вони також мають право на справедливу компенсацію.

59. Пункт 2 ст. 13 передбачає, що якщо компенсація, отримана відповідно до п. 1 ст. 13, є недостатньою, зокрема, якщо гідність чи соціальний статус потерпілого значно применшені, він також має право на фінансову компенсацію моральної шкоди.

### B. Постанова про стерилізацію 1972 р.

60. Постанова № Z-4 582/1972-B/1 Міністерства охорони здоров'я Словацької Соціалістичної Республіки, яка опублікована в Офіційному журналі Міністерства охорони здоров'я № 8–9/1972 (далі – Постанова про стерилізацію 1972 р.) і діяла в період, що стосується обставин справи, містила принципи застосування стерилізації в медичній практиці.

61. Стаття 2 дозволяла стерилізацію в медичному закладі на вимогу зацікавленої особи чи за її згодою, якщо, *inter alia*, процедура була необхідною відповідно до правил медичної науки для лікування репродуктивних органів особи, уражених захворюванням (ст. 2, а),

або якщо вагітність або пологи могли серйозно вплинути на життя і здоров'я жінки, репродуктивні органи якої не були вражені захворюванням (ст. 2, b).

**62.** Стаття 5 (1, а) дозволяла завідувачу відділення лікарні, в якому перебувала на лікуванні особа, ухвалювати рішення про те, чи потрібна стерилізація цій особі у значенні ст. 2 (а) Постанови про стерилізацію 1972 р. У всіх інших випадках стерилізація проводилась за попередньої згоди медичного комітету (далі – комітету зі стерилізації).

**63.** Пункт XIV додатка до Постанови про стерилізацію 1972 р. передбачав такі акушерські або гінекологічні підстави стерилізації жінки:

а) під час або після повторного кесаревого розтину, якщо цей метод пологів був необхідний з причин, які могли зберегтися у процесі нової вагітності, і зацікавлена жінка не бажала повторно народжувати за допомогою кесаревого розтину;

б) у разі систематичних ускладнень під час вагітності, у процесі пологів і подальшого шеститижневого періоду, якщо нова вагітність серйозно загрожувала життю і здоров'ю жінки;

с) якщо жінка мала кілька дітей (чотири дитини – для жінки, яка не досягла 35-річного віку, і три дитини – для жінки, яка досягла цього віку).

**64.** Постанова була скасована Законом про охорону здоров'я 2004 р., який набув чинності з 1 січня 2005 р. (див. далі).

### **C. Закон про охорону здоров'я 1994 р.**

**65.** У період, що стосується обставин справи, були чинними такі положення Закону № 277/1994 про охорону здоров'я (Zákon o zdravotnej starostlivosti, далі – Закон про охорону здоров'я 1994 р.).

**66.** Стаття 13 (1) ставила медичну допомогу в залежність від згоди пацієнта. Згоду пацієнта на медичні процедури, зокрема, серйозного характеру або такі, що суттєво впливають на майбутнє особи, треба оформляти письмово (ст. 13 (2)).

**67.** Відповідно до ст. 15 (1), лікар був зобов'язаний повідомляти пацієнтові, доцільним і переконливим способом, інформацію про характер його захворювання і необхідні процедури, щоб лікар і пацієнт могли активно співпрацювати в лікуванні пацієнта. Обсяг інформації, яку доцільно повідомити пацієнтові, визначав лікар з урахуванням конкретних обставин справи. Така інформація повинна була бути надана у спосіб, що не порушує прав пацієнта і стосується лікування пацієнта.

### **D. Закон про охорону здоров'я 2004 р.**

**68.** Закон про охорону здоров'я, послуги у сфері охорони здоров'я і внесення змін до низки законодавчих актів № 576/2004 (Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov; далі – Закон про охорону здоров'я 2004 р.) був прийнятий 1 листопада 2004 р. і набув чинності з 1 січня 2005 р.

**69.** Стаття 6 регулює надання інформації та отримання згоди пацієнтів. Відповідно до п. 1, лікарі-практики зобов'язані, якщо закон не передбачає іншого, інформувати осіб, перелічених нижче, про мету, характер, наслідки і ризики лікування, можливості вибору з пропоно-

ваних процедур і ризиків, пов'язаних з відмовою від лікування. Цей обов'язок інформування поширюється, *inter alia*, на особу, яка підлягає лікуванню, або на іншу особу, яку визначає сам пацієнт, або на законного представника неповнолітнього чи опікуна недієздатного.

**70.** Стаття 6 (2) зобов'язує лікарів-практиків надавати інформацію повно, тактовно і не чинити тиску, щоб забезпечити пацієнтові можливість і достатній час для вільного надання інформованої згоди або відмови, а також у спосіб, що відповідає зрілості інтелекту, волі і стану здоров'я зацікавленої особи.

**71.** Стаття 6 (3) передбачає, що будь-яка особа, яка має право на таку інформацію, також має право відмовитися від неї. Така відмова має бути оформлена у письмовій формі.

**72.** Відповідно до ст. 6 (4), інформована згода є згодою на лікування, якій передує інформація, передбачена Законом про охорону здоров'я 2004 р. Письмова форма інформованої згоди потрібна, *inter alia*, у разі стерилізації. Право на надання інформованої згоди також передбачає право безперешкодного відкликання цієї згоди в будь-який час.

**73.** Стаття 40 передбачає таке:

«Стерилізація

1) стерилізація в контексті цього закону означає запобігання фертильності без видалення або пошкодження репродуктивних органів особи;

2) стерилізація може бути проведена тільки на підставі письмової вимоги і письмової інформованої згоди після надання повної інформації дієздатній особі чи законному представнику особи, не здатної дати інформовану згоду, або на підставі судового рішення, винесеного за заявою законного представника;

3) інформація, що передує інформованій згоді особи, повинна бути надана відповідно до ст. 6 (2) і повинна містити відомості про:

- a) альтернативні методи контрацепції та планування народжуваності;
- b) можливі зміни в життєдіяльності особи, щодо якої буде проведена стерилізація;
- c) медичні наслідки стерилізації як методу, спрямованого на незворотне запобігання фертильності;
- d) можливості невдачі стерилізації;

4) вимога стерилізації має бути надана особі, яка забезпечує проведення стерилізації. Вимоги стерилізації жінок повинні бути розглянуті, і стерилізацію повинен здійснити лікар, що спеціалізується у сфері гінекології та акушерства; вимоги стерилізації чоловіків повинні бути розглянуті, і стерилізацію повинен здійснити лікар, що спеціалізується у сфері урології;

5) стерилізація не може бути проведена раніше ніж через 30 днів після отримання інформованої згоди».

**74.** Стаття 50 скасувала Постанову про стерилізацію 1972 р.

**75.** Стаття IV Закону про охорону здоров'я 2004 р. передбачила склад злочину «незаконна стерилізація», який був включений до Кримінального кодексу як ст. 246 (b). Підпункт 1 ст. 246 (b) передбачає, що стерилізація особи з порушенням закону карається позбавленням волі

на строк від трьох до восьми років із заборороною провадити діяльність або грошовим штрафом. Термін позбавлення волі може бути подовжений до 5–12 років, якщо злочин скоєно за обставин, що обтяжують провину (пп. 2).

### III. МІЖНАРОДНІ ДОКУМЕНТИ

#### A. Документи Ради Європи

##### 1. Конвенція про права людини та біомедицину

**76.** Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (Council of Europe Treaty Series, № 164) ратифікована Словаччиною 15 січня 1998 р. і набула чинності стосовно Словаччини з 1 грудня 1999 р. Відповідне повідомлення разом з текстом Конвенції були опубліковані в «Збірниках законодавства» № 40/2000 від 10 лютого 2000 р. Відповідні положення передбачають таке:

«Стаття 1. Предмет і мета

Сторони цієї Конвенції захищають гідність і тотожність всіх людей та гарантують кожній особі – без дискримінації – повагу до її недоторканності та інших прав і основних свобод щодо застосування біології та медицини.

Кожна Сторона вживає у своєму внутрішньому законодавстві заходів, необхідних для введення в дію положень цієї Конвенції.

Стаття 4. Професійні стандарти

Будь-яке втручання у сферу здоров'я, включаючи наукові дослідження, повинно здійснюватися згідно із відповідними професійними обов'язками та стандартами.

#### Глава II. Згода

Стаття 5. Загальне правило

Будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи.

Такій особі заздалегідь надається відповідна інформація про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризики.

Відповідна особа у будь-який час може безперешкодно відкликати свою згоду.

Стаття 8. Надзвичайна ситуація

Якщо через надзвичайну ситуацію відповідна згода не може бути отримана, будь-яке необхідне з медичної точки зору втручання може негайно здійснюватися в інтересах здоров'я відповідної особи.

**77.** Пояснювальна записка до Конвенції про права людини та біомедицину у відповідних частинах передбачає:

«Стаття 4. Професійні стандарти...

**33.** Крім того, конкретну форму поведінки необхідно обирати залежно від конкретного стану здоров'я пацієнта. Зокрема, втручання повинно відповідати критеріям відповідності та пропорційності між

поставленою метою і засобами, які застосовуються. Ще один важливий фактор успіху лікування – довіра пацієнта до свого лікаря. Ця довіра визначає й обов'язки лікаря. Одним з важливих елементів цих обов'язків є повага прав пацієнта. Вона створює і зміцнює взаємну довіру. Якщо будуть повною мірою дотримуватися права пацієнта, то терапевтичний союз буде від цього тільки міцніший...

#### Стаття 5. Загальне правило

34. Ця стаття присвячена згоді і підтверджує на міжнародному рівні цілком визнане правило, яке полягає в тому, що ніхто не може зазнавати втручання насильно, не давши на це згоди. Отже, людина повинна мати можливість вільно давати чи відкликати свою згоду на будь-яке втручання. Це правило підкреслює автономію пацієнтів у їхніх взаємовідносинах з професійними медичними працівниками й обмежує патерналістські підходи, за яких побажання пацієнтів можуть ігноруватися...

35. Згода пацієнта вважається вільною та інформованою, якщо вона дається на підставі об'єктивної інформації, отриманої від відповідально-го медичного працівника, про характер і можливі наслідки планованого втручання або альтернативні варіанти лікування, без жодного тиску з якого б то не було боку. У п. 2 ст. 5 наводяться найважливіші аспекти інформації, яка повинна передувати втручанням, але цей перелік не є вичерпним: в інформовану згоду можна включати й інші відомості залежно від обставин і конкретного випадку. Для того, щоб згода була дійсною, людину треба заздалегідь поінформувати про відповідні факти, що стосуються передбачуваного втручання. Зокрема про мету, характер і наслідки втручання, а також пов'язані з ним ризики. Інформація про ризики, пов'язані з втручанням, або про альтернативні методи лікування повинна стосуватися не тільки ризиків, властивих цьому типу втручання, а й будь-яких ризиків, пов'язаних з індивідуальними характеристиками кожного пацієнта, наприклад, віком чи наявністю інших патологій. На прохання пацієнта надати додаткову інформацію необхідно давати адекватну відповідь.

36. Крім того, інформація повинна бути достатньо чіткою і сформульованою так, щоб бути зрозумілою тому, кому буде проводитись втручання. Термінологія повинна добиратися так, щоб пацієнт міг зрозуміти її і на її підставі оцінити необхідність і корисність цілей та методів втручання, порівняти їх з ризиками, незручностями або болем, які можуть їх супроводжувати.

#### Стаття 8. Надзвичайні ситуації

56. В екстрених випадках лікарі можуть зіткнутися з необхідністю обирати між своїм обов'язком забезпечити лікування й отриманням згоди пацієнта. Ця стаття дозволяє лікарю діяти в таких ситуаціях негайно, не очікуючи згоди пацієнта або, в необхідних випадках, дозволу його законного представника. Це є винятком із загального правила, передбаченого у ст. 5 і 6.

57. По-перше, така можливість обмежується тими надзвичайними ситуаціями, коли в лікаря немає можливості отримати відповідну згоду... Можна навести приклад, коли пацієнт перебуває в коматозному стані і через це не може дати згоду (див. також § 43) або коли лікар не



може зв'язатися із законним представником недієздатної особи, який, як правило, повинен давати дозвіл на невідкладне втручання. Однак навіть в екстрених випадках медичні працівники повинні докласти всіх зусиль, щоб з'ясувати, чого хоче пацієнт.

58. Водночас не можна відкладати втручання, коли йдеться про порятунок життя людини.

59. І насамкінець, у статті вказується, що втручання є необхідним, якщо воно здійснюється виключно в інтересах відповідної особи».

## *2. Комісар з прав людини Ради Європи*

78. У своїй рекомендації після місії встановлення фактів стерилізації в Словаччині Комісар з прав людини Ради Європи, зокрема, зазначив:

«35. Проблема стерилізації не стосується тільки однієї етнічної групи словацького населення, як і питання її неналежного здійснення. Видається, що вразливі представники різного етнічного походження схильні до ризику стерилізації без належного узгодження. Проте з низки факторів, викладених у цьому звіті, Комісар переконаний, що ромське населення Східної Словаччини зазнає особливого ризику.

36. Слід вітати ініціативу Уряду з розслідування практики стерилізації в країні. Словацький Уряд підтримує відкритий і конструктивний діалог з Комісаром з цієї складної проблеми. Також обнадіює, що влада Словаччини розглядає способи поліпшення системи охорони здоров'я країни загалом, включаючи охорону репродуктивного здоров'я та доступ до неї вразливих осіб, зокрема, ромських жінок.

37. Комісар стурбований ознаками поширення негативного ставлення до відносно високої народжуваності серед ромів порівняно з іншими частинами населення. Це часто пояснюється стурбованістю з приводу зростання населення, що живе на соціальну допомогу. Такі заяви, особливо висловлені представниками влади, спроможні провокувати негативне ставлення громадськості до ромів. Не можна виключати, що подібні заяви можуть заохочувати неналежну практику стерилізації ромських жінок....

50. З урахуванням труднощів, відзначених у процесі досліджень, практику стерилізації не можна вважати повністю висвітленою.

51. Однак на підставі інформації, викладеної у вищезазначених доповідях, можна сміливо припустити, що випадки стерилізації за відсутності інформованої згоди трапляються, зокрема і в Східній Словаччині.

52. Інформація, якою володіє комісар, не дає підстав вважати урядову політику щодо стерилізації активною та організованою (принаймні, наприкінці комуністичного періоду). Однак Уряд Словаччини, на думку комісара, об'єктивно відповідальний за те, що не було прийнято адекватного законодавства і не здійснюється необхідний контроль за випадками стерилізації, хоча відомості про неналежну стерилізацію надходили у 90-х і на початку 2000-х років».

79. Додаткова доповідь Комісара щодо ситуації в Словацькій Республіці від 29 березня 2006 р. (CommDH (2006) 5) у відповідних частинах передбачає таке:

«4. Недобровільна стерилізація ромських жінок.

*Розвиток ситуації та вжиті заходи*

33. Повідомлення про примусову і насильницьку стерилізацію ромських жінок у Словаччині розглядалися як можливе тяжке порушення прав людини і тому були вельми серйозно сприйняті словацьким Урядом, докладалися значні зусилля для їх ретельного розгляду. Крім кримінального розслідування була організована професійна медична перевірка закладів охорони здоров'я та призначено експертизу в медичному факультеті Братиславського університету ім. Коменського, щоб з'ясувати, чи не підтримував словацький Уряд організовану дискримінаційну політику стерилізації. Влада Словаччини вжила законодавчих і практичних заходів, спрямованих на усунення виявлених перевіркою адміністративних недоліків і на запобігання аналогічних ситуацій у майбутньому.

34. Закон про охорону здоров'я, який набув чинності 1 січня 2005 р., спрямований на вирішення цих питань завдяки включенню положень про стерилізацію, інформовану згоду та доступ до медичних документів. Закон розроблений відповідно до Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, зокрема, усунув недоліки законодавства, виявлені дослідженнями. Закон передбачає інформовану згоду і зобов'язує медичних працівників надавати пацієнтам інформацію, зокрема й перед стерилізацією. Він також встановлює 30-денний період очікування після отримання інформованої згоди. Крім того, новий закон враховує проблему, з якою стикаються багато осіб при ознайомленні зі своїми медичними документами. Закон прямо передбачає можливість доручення пацієнта іншій особі в порядку довіреності знайомитися з його документами і копіювати їх.

35. Жінки, ймовірно постраждали від стерилізації, мають право звернутися до словацьких судів з вимогою компенсації, і, на думку словацького Уряду, чинна правова база забезпечує їм достатні можливості задоволення цієї вимоги. Деякі з цих справ завершилися відхиленням вимоги або припиненням судового провадження. В інших випадках судові розгляди тривають.

#### *Висновок*

36. Комісар вітає прийняття Закону про охорону здоров'я та його положень про інформовану згоду і доступ до медичних документів. Це були ключові питання, порушені Комісаром у його Рекомендації словацькій владі, і він із задоволенням відзначає, що новий закон безпосередньо стосується цих проблемних сфер.

37. Комісар також відзначає, що словацька влада ще не створила незалежної комісії для призначення компенсацій і принесення вибачень потерпілим. У той час як потерпілі можуть вимагати відшкодування у межах судової системи, судовий розгляд у таких категоріях справ має практичні недоліки. Насамперед, це складність і витратність залучення адвоката, особливо для ромських жінок, які проживають у маргіналізованих громадах, і вкрай ускладнений процес доведення вини.

38. Комісар знову пропонує владі розглянути питання створення незалежної комісії, яка могла б при розгляді кожної справи надавати ефективно та швидко досудове відшкодування. Таке відшкодування має надаватися особам, які можуть довести, що відповідна процедура була порушена, без умислу або злочинної недбалості з боку конкретного

медичного персоналу, але через наявність системних недоліків у дозво-  
лених процедурах, і що в їхньому конкретному випадку стерилізацію  
проведено без інформованої згоди. Така комісія могла б дозволяти  
ретельно розглянути передбачувані випадки, але з меншими формаль-  
ностями і витратами для заявників, ніж у судовому розгляді».

### *3. Доповіді Європейської комісії проти расизму та нетерпимості, які стосуються Словаччини*

**80.** Європейська комісія проти расизму та нетерпимості (далі – ECRI) опублікувала свою третю доповідь стосовно Словаччини 27 січня 2004 р. У її відповідних частинах йдеться про таке:

«... Ромська меншина залишається вкрай дискримінованою в біль-  
шості сфер життя, зокрема у сферах житла, працевлаштування та освіти.  
Різні стратегії і заходи, спрямовані на вирішення цих проблем, не дали  
реальних, адекватних і стійких результатів, і зазначений політичний  
пріоритет не проявився у наданні адекватних ресурсів або в узгодженому  
інтересі і прихильності з боку всіх причетних адміністративних органів.  
Громадська думка стосовно ромів залишається загалом негативною...

*Твердження про стерилізацію ромських жінок без їхньої повної та  
інформованої згоди*

**93.** ECRI вельми стурбована доповідями, представленими на націо-  
нальному та міжнародному рівнях на початку 2003 р., в яких стверджу-  
валося, що ромські жінки останніми роками систематично піддавалися  
стерилізації в деяких лікарнях Східної Словаччини без їхньої повної  
та інформованої згоди...

#### *Рекомендації*

**96.** ECRI вважає, що можливість стерилізації ромських жінок без  
їхньої повної та інформованої згоди вимагає невідкладного, широкого  
і ретельного розслідування. ECRI вважає, що в такому розслідуванні  
увагу треба зосередити не на тому, чи був підписаний бланк згоди, а на  
тому, чи, підписуючи таку згоду, особа була поінформована в повному  
обсязі про реальні наслідки стерилізації...

**98.** ECRI також рекомендує незалежно від результату розслідування  
забезпечити більш адекватні гарантії упередження нових проблем або  
відсутності визначеності в цій сфері. За суттю, влада визнала існування  
на правовому рівні деяких суперечностей між чинним законодавством  
і окремими правилами, запровадженими раніше. Повинні бути невід-  
кладно видані чіткі, докладні і зрозумілі правила та інструкції, щоб усі  
випадки стерилізації проводилися з дотриманням вимог законодавства,  
медичних показів і процедур, включаючи положення про інформовану,  
добровільну та компетентну згоду на медичне втручання».

**81.** У черговій періодичній доповіді (четвертий цикл моніторингу)  
стосовно Словаччини, опублікованій 26 травня 2009 р., ECRI відзна-  
чила таке:

«111. ECRI із заклопотаністю відзначає збереження проблем,  
пов'язаних з розслідуванням випадків стерилізації ромських жінок без  
їх повної та інформованої згоди, згаданих у її третій доповіді. Влада  
продовжувала розслідувати їх з точки зору геноциду, а не, наприклад,

насилства чи заподіяння тяжкої шкоди здоров'ю. Такий підхід до розслідування практично унеможливив доведення злочину і звів нанівець ймовірність відшкодування у судовому порядку. Крім того, повідомляється, що розслідування зосереджувалося на питанні підписання бланку згоди, а не на забезпеченні повного інформування. Через це суди переважно постановляли, що обвинувачення не доведено. ЕСРІ вважає за потрібне підкреслити, що, принаймні, влада покликана забезпечити потерпілим юридичну допомогу, щоб вони могли вимагати компенсації в цивільно-правовому порядку.

112. Вжито деяких законодавчих заходів для удосконалення правових гарантій на практиці. До Кримінального кодексу були внесені зміни шляхом включення складу злочину «незаконна стерилізація», також передбачений 30-денний період очікування з моменту надання пацієнтом згоди на стерилізацію. Стаття 40 Закону № 576/2004 Coll «Про охорону здоров'я», який набув чинності 1 січня 2005 р., передбачає, що стерилізація може бути проведена тільки за письмовою вимогою і за наявності інформованої письмової згоди особи, яка раніше отримала інформацію і є повністю дієздатною, або особи, яка є її законним представником і здатна давати інформовану згоду, або на підставі судового рішення за заявою законного представника. Інформування пацієнта має здійснюватися відповідно до закону і включати інформацію про альтернативні методи контрацепції та планування сім'ї, можливі зміни життєвих обставин, які спричинили звернення за стерилізацією, медичні наслідки стерилізації та можливості невдачі стерилізації.

113. Вітаючи ці законодавчі зміни, ЕСРІ відзначає, що у зв'язку з окресленими проблемами розслідування у більшості випадків стерилізації ромських жінок без їхньої повної та інформованої згоди відшкодування шкоди є неможливим.

114. ЕСРІ рекомендує словацькому Уряду контролювати всі установи, які здійснюють стерилізацію, щоб забезпечити дотримання законодавчих гарантій цієї процедури. Вона також пропонує владі вжити заходів, що забезпечують належне розслідування скарг ромських жінок на стерилізацію без їхньої повної та інформованої згоди та отримання потерпілими належного відшкодування».

## **В. ДОКУМЕНТИ ,ПРИЙНЯТІ ООН**

### *1. Конвенція ООН щодо ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок*

82. Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок була ратифікована колишньої Чехословаччиною. Після розпаду останньої Словаччина визнала свої зобов'язання за цією Конвенцією з 1 січня 1993 р. У відповідних частинах вона передбачає:

#### *«Стаття 1*

Для цілей цієї Конвенції поняття «дискримінація щодо жінок» означає будь-яке розрізнення, виняток або обмеження за ознакою статі, спрямовані на ослаблення чи зведення нанівець визнання, користування або здійснення жінками, незалежно від їхнього сімейного стану,

на основі рівноправності чоловіків і жінок, прав людини та основних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, громадській або будь-якій іншій галузі.

#### Стаття 12

1. Держави-сторони вживають усіх відповідних заходів для ліквідації дискримінації щодо жінок у галузі охорони здоров'я, з тим щоб забезпечити на основі рівності чоловіків і жінок доступ до медичного обслуговування, зокрема в тому, що стосується планування розміру сім'ї.

2. Поряд з положенням п. 1 цієї статті держави-сторони забезпечують жінкам відповідне обслуговування у період вагітності, пологів і післяпологовий період, надаючи, коли це необхідно, безплатні послуги, а також відповідне харчування в період вагітності та годування.

#### Стаття 16

1. Держави-сторони вживають усіх відповідних заходів для ліквідації дискримінації щодо жінок в усіх питаннях, що стосуються шлюбу та сімейних стосунків, зокрема, забезпечують на основі рівності чоловіків і жінок:

е) однакові права вільно вирішувати питання про кількість дітей і проміжки між їх народженням і доступу до інформації, освіти, а також засобів, які дозволяють їм здійснити це право...».

83. Загальні рекомендації № 24, прийняті Комітетом з ліквідації дискримінації щодо жінок (CEDAW) 1999 р., включають такий висновок і рекомендації щодо дій держав – учасниць Конвенції, спрямованих на ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок:

«20. Жінки мають право на отримання від персоналу, що пройшов належну підготовку, всебічної інформації про можливі варіанти в тих випадках, коли йдеться про їх згоду на лікування або на участь у дослідженнях, включаючи можливі вигоди і потенційно несприятливі наслідки пропонуванних процедур і наявних альтернатив.

21. Держави-учасниці повинні повідомляти про заходи, вжиті з метою усунення перешкод, які ускладнюють жінкам доступ до медичного обслуговування, а також вжиті ними заходи щодо забезпечення своєчасного та відкритого доступу жінок до такого обслуговування...

22. Держави-учасниці повинні також повідомляти про заходи, вжиті з метою забезпечення доступу до якісного медичного обслуговування, наприклад, такі, що роблять його прийнятним для жінок. Прийнятним є таке обслуговування, на яке жінка дає повністю інформовану згоду та за якого забезпечується повага до її гідності, особистості, гарантується конфіденційність і враховуються її потреби та очікування. Держави-учасниці не повинні допускати таких форм примусу, як недобровільна стерилізація, що порушує права жінки на інформовану згоду і гідність...

31. Державам-учасницям слід також, зокрема:

- е) вимагати, щоб усі медичні послуги відповідали правам жінок, включаючи їх права на незалежність, приватне життя, конфіденційність, усвідомлену згоду та вибір;
- ф) забезпечувати включення до навчальних програм підготовки медичних працівників всебічних, обов'язкових курсів, які б включали гендерну проблематику, питання охорони здоров'я



жінок і їхніх прав людини, зокрема в тому, що стосується насильства за ознакою статі».

84. На 41-й сесії (30 червня – 18 липня 2008 р.) CEDAW розглянув об'єднані другу, третю і четверту періодичні доповіді щодо Словаччини. Заключні зауваження містять такий текст (CEDAW/C/SVK/CO/4):

«44. Враховуючи пояснення, надані делегацією з приводу передбачуваної примусової стерилізації ромських жінок, і нещодавно прийняте законодавство про стерилізацію, Комітет висловлює стурбованість відомостями, отриманими від ромських жінок, які стверджують, що були стерилізовані без попередньої інформованої згоди.

45. Нагадуючи свою позицію щодо повідомлення № 4/2004 («Сийярто проти Угорщини» (Sizjarto v. Hungary)), Комітет рекомендує державі-учасниці контролювати державні та приватні центри охорони здоров'я, включаючи лікарні і клініки, які здійснюють стерилізацію, щоб забезпечити можливість отримання повної інформованої згоди пацієнтів на проведення процедури стерилізації, причому на випадок порушення повинні бути передбачені й застосовані відповідні санкції. Він закликає державу-учасницю вжити додаткових заходів, що забезпечують ознайомлення і дотримання відповідним персоналом державних і приватних центрів охорони здоров'я, включаючи лікарні та клініки, передбачені положеннями Конвенції і Загальними рекомендаціями Комітету № 19 і 24 щодо репродуктивного здоров'я і прав жінок. Комітет рекомендує державі-учасниці вжити всіх необхідних заходів для забезпечення того, щоб скарги, подані ромськими жінками щодо примусової стерилізації, належним чином розглядалися і щоб потерпілі отримали ефективні засоби правового захисту».

## *2. Декларація ВООЗ про політику в сфері забезпечення прав пацієнтів в Європі*

85. Європейська консультативна нарада Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з прав пацієнта, що відбулася в Амстердамі в березні 1994 р., прийняла документ «Основи концепції прав пацієнта в Європі» (Principles of the rights of patients in Europe) як збірник основних принципів, спрямованих на підтримку і здійснення прав пацієнта на території європейських держав – учасниць ВООЗ. У відповідних частинах документа зазначається:

### *«2. ІНФОРМАЦІЯ*

2.2. Пацієнти мають право на вичерпну інформацію про стан свого здоров'я, включаючи медичні факти про своє лікування, відомості про можливий ризик і переваги пропонуваного й альтернативних методів лікування, відомості про можливі наслідки відмови від лікування, інформацію про діагноз, прогноз і план лікувальних заходів...

2.4. Інформацію слід повідомляти в доступній для пацієнта формі, мінімізуючи вживання незвичних для нього термінів. Якщо пацієнт не володіє звичною для цієї країни мовою, необхідно забезпечити ту чи іншу форму перекладу...

### *3. Згода*

3.1. Інформована усвідомлена згода пацієнта є передумовою будь-якого медичного втручання.

3.2. Пацієнт має право відмовитися від медичного втручання або призупинити його. Наслідки подібної відмови слід ретельно роз'яснити пацієнтові».

### 3. Загальна декларація про біоетику та права людини

86. Загальна декларація про біоетику та права людини прийнята ЮНЕСКО на Генеральній конференції 19 жовтня 2005 р. У відповідних частинах документа зазначається:

«Стаття 5. Самостійність і індивідуальна відповідальність

Повинна забезпечуватися самостійність осіб в ухваленні рішень при відповідній відповідальності за ці рішення і повазі самостійності інших. Щодо осіб, які не володіють правоздатністю для вчинення самостійних дій, повинні вживатися спеціальні заходи, що захищають їхні права та інтереси.

Стаття 6. Згода

1. Будь-яке медичне втручання у профілактичних, діагностичних або терапевтичних цілях має здійснюватися тільки з попередньої, вільної та інформованої згоди відповідної особи на підставі належної інформації. Згода у відповідних випадках має бути явно вираженою і може бути відкликана відповідною особою в будь-який час і з будь-якої причини без негативних наслідків або шкоди».

## ЩОДО ПРАВА

### I. ЩОДО ПОРУШЕНЬ СТ. 3 КОНВЕНЦІЇ

87. Заявниця скаржилася на те, що зазнала нелюдського і такого, що принижує її гідність, поводження у зв'язку зі стерилізацією і що Уряд Словаччини не провів ретельного, справедливого та ефективного розслідування обставин справи. Вона посилалася на ст. 3 Конвенції, яка передбачає: «Нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню».

### A. Щодо жорстокого поводження із заявницею

#### 1. Доводи сторін

##### (а) Заявниця

88. Заявниця стверджувала, що не давала вільної, усвідомленої та інформованої згоди на стерилізацію, як цього вимагають міжнародні стандарти. Крім того, її стерилізація не відповідала Постанові про стерилізацію 1972 р., що була чинною в спірний період. Її підпис на бланку про стерилізацію був отриманий на останній стадії пологів, незадовго до народження дитини. За таких обставин стерилізація була примусовою.

89. У її випадку стерилізація була заходом для порятунку життя і була здійснена без розгляду альтернативних шляхів захисту заявниці від передбачуваних ризиків, пов'язаних з можливою майбутньою вагітністю, таких як різні способи контрацепції, доступні їй та її чоловікові, які не зробили б її безплідною назавжди.

**90.** Цю процедуру треба розглядати в контексті поширеної практики стерилізації ромів, запровадженій при комуністичному режимі і зумовленій стійким ворожим ставленням до осіб ромського походження.

**91.** Сам по собі характер процедури та обставини, за яких її було здійснено засвідчують нелюдське і таке, що принижує гідність, поводження, а це суперечить ст. 3 Конвенції.

**(b) Доводи Уряду Словаччини**

**92.** Влада Словаччини заперечувала провадження політики чи існування практики стерилізації жінок ромського походження, посиляючись, зокрема, на документи, підготовлені Комісаром з прав людини Ради Європи, а також на кримінальну справу, ініційовану урядом і розслідувану групою національних експертів.

**93.** Стерилізацію заявниці треба розглядати в ширшому контексті, а саме з належним урахуванням її стану здоров'я та того факту, що вона не зверталася за необхідною допологовою медичною допомогою. Другі пологи заявниці було проведено за допомогою кесаревого розтину за медичними показаннями. Черговий лікар прогнозував загрозу розриву матки в разі майбутньої вагітності, що становитиме реальну небезпеку для життя заявниці або її дитини. Після консультації з завідувачем відділення стерилізацію було визнано необхідною для захисту здоров'я заявниці.

**94.** Заявниця була усно проінформована про ситуацію і медичні показання до цієї процедури в доступній формі. Вона підтвердила своїм підписом те, що просила про стерилізацію. На той момент вона не перебувала під впливом будь-яких препаратів.

**95.** З посиланням на рішення суду в цивільній справі Уряд Словаччини також стверджував, що процедуру стерилізації було виконано відповідно до чинного на той момент закону і що вона не була лікарською помилкою.

**(c) FIGO**

**96.** Мета FIGO полягає в захисті жіночого здоров'я і благополуччя у всьому світі й удосконаленні гінекологічної та акушерської практики. До її складу входять об'єднання акушерів і гінекологів 124 країн світу.

**97.** У коментарях третьої сторони, представлених виконавчим директором Х. Рушваном (H. Rushwan), FIGO підтвердила, що, відповідно до міжнародних стандартів, інформована та добровільна згода пацієнтів, інтелектуально спроможних на репродуктивне самовизначення, надана перед лікуванням, є істотною умовою їх лікування згідно з етичними нормами. Наслідки пропонованого лікування повинні бути доступно роз'яснені пацієнтам перед його здійсненням, особливо, якщо пропоноване лікування має незворотні наслідки для майбутнього дітонародження і створення сім'ї.

**98.** Процес інформованого вибору повинен передувати інформованій згоді на хірургічну стерилізацію. Необхідно також звертати увагу на існування визнаних доступних альтернатив, зокрема, зворотних форм сімейного планування, які також можуть бути ефективними. Лікар, який здійснює стерилізацію, зобов'язаний забезпечити, щоб особа була належним чином поінформована про ризики і переваги процедури та її альтернативи.

99. Необхідними є заходи для захисту права кожного пацієнта на відтворення потомства. Здійснення кесаревого розтину, в разі необхідності, не повинно само по собі слугувати підставою для висновку про те, що потрібна стерилізація, щоб перешкоджати пацієнтці в ухваленні рішення про майбутню вагітність. Для ухвалення рішення про стерилізацію треба дати достатньо часу на лікування, а сама стерилізація не повинна бути додатком до кесаревого розтину, на який погоджується пацієнтка.

## 2. Оцінка Суду

### (а) Загальні принципи

100. Суд нагадує, що ст. 3 Конвенції закріплює одну з фундаментальних цінностей демократичного суспільства. Вона беззаперечно забороняє тортури або нелюдське чи таке, що принижує гідність, поводження або покарання, незалежно від обставин поведінки жертви (див. Рішення Суду в справі «Лабіта проти Італії» (*Labita v. Italy*), скарга № 26772/95, § 119, ECHR 2000-IV).

101. Для віднесення до сфери чинності ст. 3 Конвенції жорстоке поводження має досягти мінімального рівня суворості. Оцінка зазначеного мінімального рівня є відносною; вона залежить від таких обставин справи, як тривалість поводження, його фізичні і психологічні наслідки і, в окремих випадках, від статі, віку та стану здоров'я потерпілого. Хоча мета такого звернення є чинником, який має бути врахований, зокрема, чи існував намір принизити або образити потерпілого, відсутність такої мети не тягне за собою висновку про те, що у справі вимоги ст. 3 Конвенції порушені не були (див. Рішення у справі «Пірс проти Греції» (*Peers v. Greece*), скарга № 28524/95, § 68 і 74, ECHR 2001-III, і рішення у справі «Грорі проти Албанії» (*Grori v. Albania*) скарга № 25336/04, § 125, з додатковими відсиланнями).

102. Порушенням ст. 3 Конвенції є випадки, коли представники держави завдали особі тілесних ушкоджень певного ступеня тяжкості, зокрема таких, як травма ноги, що спричинила некроз і згодом призвела до ампутації ноги, постріл у коліно, подвійний перелом щелепи і забої обличчя або поранення обличчя, що призвело до накладення швів, три вибитих зуби (див. Рішення Суду у справі «Самбор проти Польщі» (*Sambor v. Poland*) від 1 лютого 2011 р., скарга № 15579/05, § 36; Рішення Суду у справі «Недждет Булут проти Туреччини» (*Necdet Bulut v. Turkey*) від 20 листопада 2007 р., скарга № 77092/01, § 24; Рішення Суду у справі «Рехбок проти Словенії» (*Rehbock v. Slovenia*), скарга № 29462/95, § 76–77, ECHR 2000-XII; Рішення Суду у справі «Мрозовський проти Польщі» (*Mrozowski v. Poland*) від 12 травня 2009 р., скарга № 9258/04, § 28). Суд також вважає, що поводження з особою може викликати питання з точки зору ст. 3 Конвенції, якщо, зокрема, воно змушує потерпілого діяти проти власної волі або совісті (див., наприклад, Рішення Суду у справі «Кінан проти Сполученого Королівства» (*Keenan v. United Kingdom*), скарга № 27229/95, § 110, ECHR 2001-III).

103. У кількох справах Суд розглянув скарги на передбачуване жорстоке поводження у контексті медичних втручань, яким піддавалися ув'язнені проти їхньої волі. Він постановив, що захід, необхідний

для лікування з точки зору загальноприйнятних принципів медицини, в принципі не може розглядатися як нелюдський або такий, що принижує гідність. Суд, проте, вважає, що він зобов'язаний переконатися в тому, що наявність медичної необхідності беззаперечно доведена і що встановлені та дотримані процесуальні гарантії, пов'язані з цим рішенням (див. Рішення Великої палати Суду у справі «Яллох проти Німеччини» (Jalloh v. Germany), скарга № 54810/00, § 69, ECHR 2006-IX, з додатковими посиланнями).

**104.** Щоб визнати звернення «нелюдським» або «таким, що принижує гідність», страждання або приниження, яких особа зазнає в будь-якому випадку, повинні виходити за межі неминучого елементу страждання або приниження, пов'язаного із застосуванням даної форми правомірного звернення (див. згадане Рішення Великої палати Суду у справі «Лабіта проти Італії», § 120).

**105.** Нарешті, Суд нагадує, що суть Конвенції полягає в повазі до людської гідності та свободи. Він відзначає, що у сфері медичної допомоги, навіть якщо відмова прийняти певне лікування може призвести до смертельного результату, здійснення медичного впливу без згоди дієздатного дорослого пацієнта буде втручанням у його право на фізичну недоторканність (див. Рішення Суду у справі «Претті проти Сполученого Королівства» (Pretty v. United Kingdom), скарга № 2346/02, § 63 і 65, ECHR 2002-III; Рішення Суду у справі «Гласс проти Сполученого Королівства» (Glass v. United Kingdom), скарга № 61827/00, § 82–83, ECHR 2004-II; Рішення Суду у справі «Свідки Єгови м. Москви проти Російської Федерації» (Jehovah's Witnesses of Moscow v. Russia), скарга № 302/02, § 135, ECHR 2010).

**(b) Оцінка фактів справи**

**106.** Суд відзначає, що стерилізація є серйозним втручанням у стан репродуктивного здоров'я особи. Торкаючись однієї з ключових тілесних функцій людини, вона впливає на безліч аспектів її особистої недоторканності, включаючи фізичне і психічне благополуччя та емоційну, духовну і сімейну сторони життя. Вона може правомірно здійснюватися на прохання зацікавленої особи, наприклад, як метод контрацепції або з терапевтичною метою, в разі медичної необхідності.

**107.** Проте, відповідно до описаної прецедентної практики Суду, ситуація відрізняється у разі застосування такого медичного впливу без згоди дієздатного дорослого пацієнта. Така практика повинна визнаватися несумісною з повагою свободи і гідності людини, тобто одного з фундаментальних принципів, на яких заснована Конвенція.

**108.** Із таких загальновизнаних стандартів, як Конвенція про права людини та біомедицину, яка була чинною в Словаччині в період, що стосується обставин справи, Декларація ВООЗ про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі чи Загальна рекомендація № 24 CEDAW (див. § 76–77, 83 і 85), впливає, що медичні процедури, в тому числі стерилізація, можуть проводитися лише за попередньої інформованої згоди зацікавленої особи. Такий підхід підтверджений FIGO (див. § 97–98). Єдиний виняток стосується надзвичайних ситуацій, коли медичне втручання не може бути відкладене і відповідну згоду не можна отримати.



**109.** У цій справі заявниця була стерилізована в державній лікарні відразу після того, як народила свою другу дитину шляхом кесаревого розтину. Лікарі вважали процедуру необхідною, оскільки при третій вагітності могла виникнути серйозна загроза для її життя і життя її дитини, зокрема, загроза розриву матки.

**110.** У завдання Суду не входить перевірка здійсненої лікарями оцінки стану репродуктивних органів заявниці. Однак слід зазначити, що стерилізація, як правило, не розглядається, як операція для порятунку життя. Відсутні ознаки того, що в цій справі ситуація була іншою; це підтверджено одним з лікарів, який брав участь у національному розгляді (див. § 31). Оскільки процедура не була терміновою, пов'язаною з неминучою загрозою непоправної шкоди життю або здоров'ю заявниці, й оскільки заявниця була дієздатною дорослою пацієнткою, її інформована згода була обов'язковою умовою для процедури, навіть якщо допустити, що «необхідність» у ній існувала з медичної точки зору.

**111.** Документи свідчать про те, що заявницю попросили надати письмову згоду через дві з половиною години після її звернення до лікарні, коли вона перебувала в процесі пологів у положенні лежачи на спині. У медичній картці був надрукований відповідний запис, згідно з яким «пацієнтка вимагає стерилізації».

**112.** На думку Суду, такий підхід не сумісний з принципами поваги до людської гідності та свободи, втіленими в Конвенції, і вимогою інформованої згоди, передбаченою названими міжнародними документами. Зокрема, з поданих документів не випливає, що заявниця була повністю поінформована про свій стан здоров'я, запропоновану процедуру та її альтернативи. Крім того, у відповідь на пропозицію дати згоду на таке втручання заявниця, перебуваючи в процесі пологів і незадовго перед виконанням кесаревого розтину, не могла прийняти рішення на підставі власного вільного волевиявлення.

**113.** У цьому контексті не можуть мати вирішального значення доводи Уряду Словаччини, що стосуються передісторії вагітностей заявниці та непроходження нею регулярних обстежень. Як зазначили представники влади Словаччини, стерилізація заявниці була спрямована на запобігання можливого погіршення її здоров'я, небезпечного для життя. Така загроза не була безпосередньою, оскільки вона могла реалізуватися лише в разі майбутньої вагітності. Її також можна було уникнути за допомогою альтернативних, менш інвазивних методів. За таких обставин вимогу про інформовану згоду заявниці не можна було обійти з огляду на припущення лікарняного персоналу про те, що вона надалі буде безвідповідально ставитись до свого здоров'я.

**114.** Лікарняний персонал діяв патерналістським способом, не залишивши заявниці іншого вибору, крім як погодитися на процедуру, яку лікарі вважали необхідною в її ситуації. Однак у подібних ситуаціях потрібно створювати умови для інформованої згоди, що стимулює автономію морального вибору пацієнтів.

**115.** Принцип автономії пацієнтів у їх взаємовідносинах з професійними медичними працівниками проаналізовано у пояснювальній записці до Конвенції про права людини та біомедицину. Вимога поваги права жінки на незалежність і вибір у сфері охорони здоров'я міститься в п. 31 (е) Загальних рекомендацій № 24, прийнятих CEDAW 1999 р.

Загальна декларація про біоетику та права людини, хоч і прийнята після обставин справи, підтверджує викладені міркування. Зокрема, ст. 5 закликає до забезпечення самостійності осіб в ухваленні рішень за відповідної відповідальності за ці рішення. Недоліки національного законодавства і практики в цьому відношенні визнані в експертному звіті Міністерства охорони здоров'я від 28 травня 2003 р., в якому зазначено, що медичні працівники та громадяни виступали не на рівних підставах і що права та обов'язки громадян у питаннях охорони здоров'я були обмежені. У цьому контексті стерилізація заявниці повинна розглядатися також у світлі вимоги про повагу до людської гідності та недоторканності, проголошеної у ст. 1 Конвенції про права людини та біомедицину, ратифікованої Словаччиною 1 грудня 1999 р. і опублікованої у «Збірниках законодавства» 10 лютого 2000 р.

**116.** Суд зазначає, що процедура стерилізації була серйозним втручанням у фізичну недоторканність заявниці, оскільки в результаті позбавила її репродуктивної функції. На момент стерилізації заявниці було 20 років, і вона, відповідно, перебувала на ранній стадії свого репродуктивного життя.

**117.** Нагальної необхідності у процедурі з медичної точки зору не було. Заявниця не давала інформованої згоди на неї. Навпаки, їй було запропоновано підписати надруковані слова «пацієнтка вимагає стерилізації», коли вона перебувала в положенні лежачи на спині і відчувала біль від перейм, які тривали протягом кількох годин. До підписання документа її підбурювали медичні працівники, які повідомили їй, що вона або її дитина загинуть у разі наступної вагітності.

**118.** Отже, процедура стерилізації, включаючи спосіб, яким від заявниці було отримано згоду на неї, могла викликати в неї почуття страху, туги та неповноцінності і спричинити тривалі страждання. Що стосується останнього, зокрема, у зв'язку з безпліддям, заявниця відчувала складнощі у відносинах зі своїм партнером і, згодом, чоловіком. Вона вказала, що безпліддя було однією з причин її розлучення у 2009 р. Заявниця зіткнулася з серйозними медичними та психологічними наслідками процедури стерилізації, які включали симптоми фальшивої вагітності і вимагали лікування у психіатра. Через нездатність мати надалі дітей заявниця зазнала остракізму в ромській громаді.

**119.** Хоча ознак того, що медичні працівники діяли з наміром піддати заявницю жорстокому поводженню, нема, вони все ж грубо нехтували її правом на автономію і вибір як пацієнта. З точки зору Суду, описане втручання, якому вона була піддана, досягло межі суворості, необхідної для його віднесення до сфери дії ст. 3 Конвенції.

**120.** Отже, мало місце порушення ст. 3 Конвенції в частині стерилізації заявниці.

## **В. Щодо відсутності ефективного розслідування**

### *1. Доводи сторін*

#### **(а) Заявниця**

**121.** Заявниця стверджувала, що держава-відповідач не виконала обов'язок на підставі ст. 3 Конвенції в процесуальному аспекті з проведення ефективного розслідування її стерилізації. Влада була зобов'язана

порушити кримінальну справу за цим фактом після того, як була поінформована про втручання. Загальне розслідування стерилізації ромів, ініційоване владою Словаччини, не могло розглядатися як ефективний спосіб розслідування справи заявниці. Аналогічно, цивільний розгляд, ініційований заявницею, не відповідав вимогам ст. 3 Конвенції. Зокрема, заявниця була поставлена в складне становище, оскільки суди були пов'язані при розгляді справи доводами сторін і тягар доведення покладался на останніх. Такий розгляд не вів до встановлення істини та покарання винних осіб.

#### **(б) Уряд Словаччини**

**122.** Влада Словаччини не погодилися з доводами заявниці. На її думку, ст. 3 Конвенції в процесуальному аспекті не було порушено, враховуючи, що передбачувана практика примусової стерилізації ромів була ретельно досліджена в контексті ініційованої урядом кримінальної справи і групою експертів, створеною Міністерством охорони здоров'я. Будь-які конкретні зобов'язання держави щодо справи заявниці були виконані в межах цивільного провадження, яке вона ініціювала.

### *2. Думка Суду*

#### **(а) Загальні принципи**

**123.** Статті 1 і 3 Конвенції покладають на держави-учасниці позитивні зобов'язання щодо запобігання різним формам жорстокого поводження і надання відшкодування у зв'язку з ним. Зокрема, як і в справах, які торкаються питання з точки зору ст. 2 Конвенції, висувається вимога проведення ефективного офіційного розслідування (див., наприклад, Рішення Суду у справі «Ассенов та інші проти Болгарії» (Assenov and Others v. Bulgaria) від 28 жовтня 1998 р., § 102; Рішення Суду у справі «Вічісі проти Туреччини» (Viçisi v. Turkey) від 27 травня 2010 р., скарга № 30357/05, § 39, з додатковими посиланнями).

**124.** Розслідування у таких справах має бути ретельним і швидким. Однак той факт, що конкретне розслідування не дійшло будь-яких висновків, не означає сам по собі, що воно було неефективним: зобов'язання розслідувати – це «зобов'язання не результату, а засобів» (див. Рішення Суду у справі «Міхеєв проти Російської Федерації» (Mikheyev v. Russia) від 26 січня 2006 р., скарга № 77617/01, § 107–109, з додатковими посиланнями).

**125.** У справах, які стосуються ст. 2 Конвенції в контексті передбачуваної медичної помилки, Суд вказував, що якщо втручання у право на життя чи особисту недоторканність скоєно ненавмисно, то позитивне зобов'язання створення ефективної судової системи, передбачене ст. 2 Конвенції, не робить необхідним надання кримінально-правового засобу правового захисту в кожній справі. В особливій галузі медичної недбалості це зобов'язання може, наприклад, також бути дотримане, якщо правова система надає потерпілим засіб правового захисту в судах у цивільних справах, окремо або у взаємозв'язку із засобом правового захисту в судах у кримінальних справах, що дає змогу встановити відповідальність причетних лікарів й отримати таке необхідне відшкодування цивільного характеру, як компенсація шкоди і публікація рішення (див. Рішення Великої палати Суду у справі «Кальвеллі і Чільо проти

Італії» (Calvelli and Ciglio v. Italy), скарга № 32967/96, § 51, ECHR 2002-I; Рішення Великої палати Суду у справі «Во проти Франції» (Vo v. France), скарга № 53924/00, § 90, ECHR 2004-VIII; Рішення Суду у справі «Биржиковській проти Польщі» (Byrzykowski v. Poland) від 27 червня 2006 р., скарга № 11562/05, § 105).

**(b) Оцінка фактів справи**

126. Суд дійшов висновку про те, що спосіб, яким діяли працівники лікарні, заслуговує критики, враховуючи, що заявниця не давала інформованої згоди на стерилізацію. Однак надана інформація не свідчить про те, що лікарі діяли недобросовісно, з наміром піддати заявницю жорстокому поводженню (див. також § 119). У цьому відношенні ця справа відрізняється від інших справ, в яких Суд постановив, що влада країни повинна порушити кримінальну справу за власною ініціативою, щойно проблема буде доведена до їх відома (див., наприклад, Рішення Суду у справі «Мурадова проти Азербайджану» (Muradova v. Azerbaijan) від 2 квітня 2009 р., скарга № 22684/05, § 123).

127. Заявниця мала можливість вимагати кримінального розслідування у її справі, але не скористалася нею. Вона зажадала відшкодування, заявивши позов на підставі ст. 11 й інших Цивільного кодексу про захист її особистої недоторканності. У межах цивільного розгляду вона могла подати свої доводи з допомогою адвоката, вказати докази, які вона вважала доречними й необхідними, і її справа була розглянута за суттю на основі принципу змагальності. Цивільний розгляд тривав два роки і один місяць на двох рівнях юрисдикції, і Конституційний Суд згодом ухвалив рішення за скаргою заявниці, що стосується її відповідних прав, передбачених Конвенцією, протягом 13 місяців. Отже, заявниця могла домогтися перевірки владою дій працівників лікарні, які вона вважала незаконними. Суди країни розглянули її справу протягом періоду, який не викликає критичних зауважень.

128. З урахуванням викладеного доводи заявниці про те, що держава-відповідач не провела ефективне розслідування її стерилізації, порушивши свої зобов'язання на підставі ст. 3 Конвенції, не можуть бути прийнятими.

129. Отже, вимоги ст. 3 Конвенції у процесуальному аспекті у справі порушені не були.

## II. ЩОДО ПОРУШЕННЯ СТ. 8 КОНВЕНЦІЇ

130. Заявниця скаржилася на порушення її права на повагу до особистого і сімейного життя внаслідок стерилізації без її повної та інформованої згоди. Вона посилалася на ст. 8 Конвенції, яка у відповідних частинах передбачає:

«1. Кожен має право на повагу до свого приватного і сімейного життя, до свого житла і кореспонденції.

2. Органи державної влади не можуть втручатись у здійснення цього права, за винятком випадків, коли втручання здійснюється згідно із законом і є необхідним у демократичному суспільстві в інтересах національної та громадської безпеки чи економічного добробуту країни, для запобігання заворушенням чи злочинам, для захисту здоров'я чи моралі або для захисту прав і свобод інших осіб».

## А. Доводи сторін

### 1. Заявниця

**131.** Заявниця стверджувала, що втручання суперечило вимогам п. 2 ст. 8 Конвенції та що Уряд Словаччини не виконав свого зобов'язання на підставі ст. 8 Конвенції, оскільки не надав їй інформації про способи захисту її репродуктивного здоров'я, включаючи інформацію про властивості та наслідки стерилізації й альтернативні методи контрацепції.

**132.** Норми Постанови про стерилізацію 1972 р. були порушені, оскільки інформована згода, підписана заявницею, не була отримана і процедура не пройшла попереднього схвалення комітетом зі стерилізації. Крім того, це Положення не передбачало необхідної основи для забезпечення того, щоб пацієнти могли надавати вільну й інформовану згоду за подібних обставин, як того вимагають міжнародні стандарти.

**133.** Стерилізація шляхом перев'язування труб не була операцією для порятунку життя. Якби це було так, то не було б потреби в отриманні згоди заявниці та її фіксації в медичній документації. Обставини, за яких вона підписала відповідний документ, унеможлилювали надання нею повної й інформованої згоди на цю процедуру, яка безпосередньо стосувалася її особистого та сімейного життя.

**134.** Заявниця вважала своє безпліддя незворотним, оскільки майбутнє екстракорпоральне запліднення не було прийнятне для неї як за релігійними переконаннями, так і за фінансовими можливостями. Її стерилізація призвела до погіршення її відносин з батьком її дитини, ускладнила її становище в ромському співтоваристві, до якого вона належала, і стала однією з причин її розлучення у 2009 р.

### 2. Уряд Словаччини

**135.** Влада Словаччини посилалася на існування гінекологічних та акушерських показань для стерилізації заявниці, оскільки серйозною була загроза шкоди її життю і здоров'ю та її дитини в разі майбутньої вагітності. Стерилізацію було проведено на вимогу заявниці. Оскільки вона була проведена на репродуктивних органах, уражених захворюванням, відповідно до ст. 2 (а) Постанови про стерилізацію 1972 р., завідувач відділення лікарні міг ухвалити рішення про те, чи були показання для стерилізації.

**136.** Заявниця дала згоду на стерилізацію приблизно через дві з половиною години після госпіталізації в лікарню й отримала анестезію приблизно через годину. До цього моменту вона не отримувала жодних речовин, спроможних вплинути на її свідомість. Влада Словаччини стверджувала, що сама заявниця просила про цю процедуру після того, як її було відповідним чином поінформовано про ризики, пов'язані з можливою третьою вагітністю, і наслідки стерилізації. Як встановлено судами країни, втручання відповідало чинному на той момент законодавству і було необхідним для захисту життя і здоров'я заявниці. Влада Словаччини надала Суду вирішити питання про те, наскільки процедура відповідала міжнародним стандартам.

**137.** Заявниця могла завагітніти, наприклад, за допомогою запліднення *in vitro*. На слуханні Уряд Словаччини вказав, що готовий



відшкодувати витрати на цю процедуру. Однак враховуючи серйозність загроз, пов'язаних з майбутньою вагітністю, заявниця змушена буде погодитися на проходження регулярних медичних обстежень протягом усієї вагітності.

## **В. Думка Суду**

### *1. Загальні принципи*

**138.** «Особисте життя» є широким поняттям, що охоплює такі аспекти фізичної, психологічної та соціальної індивідуальності людини, як право на особисту автономію та особистий розвиток, право на налагодження і розвиток відносин з іншими людьми і право на повагу рішення мати чи не мати дитину (див. Рішення Великої палати Суду у справі «Еванс проти Сполученого Королівства» (*Evans v. United Kingdom*), скарга № 6339/05, § 71, ECHR 2007-IV; Рішення Великої палати Суду у справі «ЕБ проти Франції» (*EB v. France*) від 22 січня 2008 р., скарга № 43546/02, § 43).

**139.** Основна мета ст. 8 Конвенції полягає в захисті особи від свавільного втручання з боку державної влади. Будь-яке втручання, відповідно до п. 1 ст. 8 Конвенції, має бути виправданим з точки зору п. 2 як «передбачене законом» і «необхідне в демократичному суспільстві» для однієї або більше цілей, перелічених у ньому. Поняття необхідності припускає, що втручання відповідає нагальній суспільній потребі і, зокрема, що воно пропорційне одній із законних цілей, переслідуваних владою (див., наприклад, Рішення Великої палати Суду у справі «А, В і С проти Ірландії» (*A, B and C v. Ireland*) від 16 грудня 2010 р., скарга № 25579/05, § 218–241).

**140.** Крім того, на держави-учасниці покладається обов'язок забезпечувати право осіб, що перебувають під їх юрисдикцією, на повагу їхніх прав на підставі ст. 8 Конвенції. Для оцінки таких зобов'язань слід враховувати, що верховенство права, один з фундаментальних принципів демократичного суспільства, притаманний всім статтям Конвенції. Дотримання вимог, що висуваються принципом верховенства права, передбачає, що норми національного права повинні забезпечувати заходи правового захисту від довільних втручань державної влади в права, гарантовані Конвенцією.

**141.** Тоді як ст. 8 Конвенції не містить явно виражених процесуальних вимог, для ефективного використання прав, гарантованих цим положенням, важливо, щоб відповідний процес ухвалення рішення був справедливим і забезпечував інтереси, захищені цією статтею (див. Рішення Суду у справі «Ейрі проти Ірландії» (*Airey v. Ireland*) від 9 жовтня 1979 р., § 32, Series A, № 32, Рішення Суду у справі «Тисенц проти Польщі» (*Tysienc v. Poland*), скарга № 5410/03, § 107–113, ECHR 2007-IV, або згадуване Рішення Великої палати Суду у справі «А, В і С проти Ірландії», § 247–249).

**142.** Викладені принципи мають значення також щодо права особи на повагу до сімейного життя. Це поняття на підставі ст. 8 Конвенції передбачає наявність сім'ї, але не обмежується відносинами, заснованими на шлюбі, і може охоплювати інші *de facto* «сімейні» зв'язки, коли особи спільно проживають поза шлюбом (див., наприклад, згадуване

Рішення Великої палати Суду у справі «ЕБ проти Франції», § 41; Рішення Суду у справі «Анаїя проти Німеччини» (Anayo v. Germany) від 21 грудня 2010 р., скарга № 20578/07, § 55, 58 і 63; Рішення Суду у справі «Кіген проти Ірландії» (Keegan v. Ireland) від 26 травня 1994 р., § 49–55; Рішення Суду у справі «Нолан і К. проти Російської Федерації» (Nolan and K. v. Russia) від 12 лютого 2009 р., скарга № 2512/04, § 84–881, з додатковими посиланнями).

## 2. Дотримання ст. 8 Конвенції

143. Стерилізація заявниці вплинула на стан її репродуктивного здоров'я і на різні аспекти її особистого та сімейного життя. Отже, вона була втручанням у її права, передбачені ст. 8 Конвенції. Це не було оскаржено сторонами.

144. Оскільки заявниця скаржитися на те, що стерилізація без її повної та інформованої згоди порушила її право на повагу до її особистого і сімейного життя, з огляду на висновок про те, що стерилізація порушила право заявниці на підставі ст. 3 Конвенції, Суд не вважає за необхідне розглядати цю скаргу окремо з точки зору ст. 8 Конвенції.

145. Суд, проте, вважає за важливе розглянути питання про те, чи виконала держава-відповідач зобов'язання на підставі ст. 8 Конвенції щодо забезпечення допомогою своєї правової системи прав, гарантованих цією статтею, шляхом надання ефективних правових гарантій для захисту репродуктивного здоров'я, зокрема, жінок ромського походження.

146. Суд відзначає, що подані йому документи свідчать про те, що питання стерилізації та її неналежного використання стосується уразливих громадян, які належать до різних етнічних груп. Однак Комісар з прав людини Ради Європи був переконаний, що ромське населення Східної Словаччини зазнавало особливого ризику, що був зумовлений поширенням негативного ставлення до відносно високої народжуваності серед ромів порівняно з іншими етнічними групами, часто вираженого у формі побоювань з приводу збільшення частки населення, що живе на соціальну допомогу. На думку Комісара, Уряд Словаччини несе об'єктивну відповідальність у цьому питанні у зв'язку з системними недоліками в дозволених процедурах і, зокрема, у зв'язку з ухилянням від прийняття адекватного законодавства та здійснення доцільного контролю за практикою стерилізації (див. § 78).

147. У своїй третій доповіді стосовно Словаччини ЕКРІ зазначила, що громадська думка щодо ромської меншини в Словаччині залишалася загалом негативною. Ця меншина залишалася серйозно дискримінованою в більшості сфер життя. Було висловлено думку про необхідність більш адекватних гарантій (див. § 80).

148. У Заключних зауваженнях своєї періодичної доповіді стосовно Словаччини CEDAW висловив заклопотаність відомостями, отриманими про ромських жінок, які стверджують, що були стерилізовані без попередньої та інформованої згоди. Він рекомендував владі Словаччини вжити заходів для забезпечення того, щоб пацієнтки могли надавати повністю інформовану згоду перед проведенням процедури стерилізації (див. § 84).

**149.** У своїй доповіді від 28 травня 2003 р. група експертів, створена Міністерством охорони здоров'я дійшла висновку про те, що певні порушення, виявлені у сфері охорони здоров'я та недотримання правил стерилізації, стосуються однаково усього населення, незалежно від національності пацієнтів. Доповідь, попри це, містила низку рекомендацій для сфери навчання медичного персоналу щодо «культурних відмінностей у регіонах підвищеної концентрації ромських громад» (див. § 54–55).

**150.** Суд відзначає в цьому відношенні, що підрозділ «Соціально-трудові умови, зокрема під час вагітності» розділу «Анамнез» картки вагітності та пологів заявниці містив лише запис «пацієнтка ромського походження». Крім того, під час судового розгляду один з лікарів Прешівської лікарні висловив думку про те, що ситуація заявниці була «такою ж, як в інших аналогічних справах» (див. § 32).

**151.** Влада Словаччини пояснила, що посилання на ромське походження заявниці було необхідним, оскільки ромські пацієнтки часто нехтували соціальними і медичними приписами і, отже, вимагали особливої уваги. Навіть допускаючи, що це було причиною здійснення такого запису, посилання у картці на національність заявниці за відсутності інших відомостей свідчить, на думку Суду, про певну спрямованість міркувань медичних працівників щодо того, яким чином слід підходити до медичної ситуації ромів. Без сумніву, цей запис не передбачав, що повинні були докладатись чи фактично докладались особливі зусилля для забезпечення того, аби повна й інформована згода такої пацієнтки була отримана перед плануванням стерилізації, чи що пацієнтка була залучена до ухвалення рішення тією мірою, яка дозволяла ефективно гарантувати її інтереси.

**152.** Як Постанова про стерилізацію 1972 р., так і Закон про охорону здоров'я 1994 р. вимагали попередньої згоди пацієнта на медичне втручання. Однак ці положення, враховуючи їх тлумачення і застосування у справі заявниці, не забезпечували адекватних гарантій. Зокрема, вони припускали виникнення ситуації, за якої особливо серйозне втручання було здійснено без інформованої згоди заявниці за змістом Конвенції про права людини та біомедицину, чинної для Словаччини в період, що стосується обставин справи.

**153.** Конкретних заходів, спрямованих на усунення таких порушень і забезпечення дотримання міжнародних стандартів, було вжито після прийняття Закону про охорону здоров'я 2004 р., який набув чинності 1 січня 2005 р. На відміну від Постанови про стерилізацію 1972 р. й Закону про охорону здоров'я 1994 р., нове законодавство детально регулює надання інформації пацієнтам та отримання від них інформованої згоди. Зокрема, у ст. 40 названі попередні умови стерилізації особи. Вони включають письмову вимогу та письмову згоду, також цьому повинно передувати надання інформації, зокрема, про альтернативні методи контрацепції, планування народжуваності та медичні наслідки. Стерилізація не може бути здійснена менш ніж через 30 днів після отримання інформованої згоди. Суд вітає подібні зміни, але зазначає, що вони не можуть стосуватися ситуації заявниці, оскільки відбулися після відповідних обставин справи.

**154.** Відповідно, відсутність у період, що стосується обставин справи, гарантій, які вимагають уваги до репродуктивного здоров'я заявниці,

призвела до недотримання державою-відповідачем свого зобов'язання з надання їй достатніх засобів захисту, які б дали їй змогу ефективно користуватися правом на повагу до особистого і сімейного життя.

155. Отже, мало місце порушення ст. 8 Конвенції.

### III. ЩОДО ПОРУШЕННЯ СТ. 12 КОНВЕНЦІЇ

156. Заявниця скаржилася на те, що обставини справи представляли собою порушення ст. 12 Конвенції, згідно з якою «чоловік і жінка, що досягли шлюбного віку, мають право на шлюб і створення сім'ї згідно з національними законами, які регулюють здійснення цього права».

157. Заявниця стверджувала, що її право на створення сім'ї було порушено внаслідок її стерилізації без її повної й інформованої згоди та що влада Словаччини не забезпечила гарантій, необхідних для упередження таких ситуацій.

158. Влада Словаччини стверджувала, що неспроможність заявниці завагітніти природним шляхом була наслідком її стерилізації, проведеної з її власної волі. Крім того, докази, представлені в судах країни, свідчили про те, що існуючі методи дозволяли заявниці завагітніти, якщо вона ухвалить таке рішення, незважаючи на пов'язані з цим ризики.

159. Суд нагадує, що ст. 12 Конвенції забезпечує фундаментальне право чоловіка і жінки на вступ у шлюб і створення сім'ї. Це право здійснюється відповідно до національного законодавства держав-учасниць, але його положення не повинні обмежувати або зменшувати це право таким способом або такою мірою, щоб було применшено саму його суть (див. Рішення Суду у справі «Муньос Діас проти Іспанії» (*Munoz Diaz v. Spain*) від 8 грудня 2009 р., скарга № 49151/07, § 78, з додатковими посиланнями). Здійснення права на укладання шлюбу і створення сім'ї породжує особисті, соціальні та правові наслідки, у зв'язку з чим існує тісний зв'язок між правами, передбаченими ст. 8 і 12 Конвенції (див. Рішення Суду у справі «Фрасік проти Польщі» (*Frasik v. Poland*), скарга № 22933/02, § 90, ECHR 2010 - . . . (витяги)).

160. У цій справі здійснена щодо заявниці стерилізація серйозно вплинула на її особисте і сімейне життя, і Суд дійшов висновку про порушення ст. 8 Конвенції. Цей висновок звільняє Суд від необхідності розглядати питання про те, чи мало місце за обставин сьогодення справи також порушення права заявниці на вступ у шлюб і створення сім'ї.

161. Отже, необхідності в окремому розгляді скарги заявниці на підставі ст. 12 Конвенції немає.

### IV. ЩОДО ПОРУШЕННЯ СТ. 13 КОНВЕНЦІЇ

162. Заявниця скаржилася на те, що не мала ефективних засобів правового захисту щодо скарг на порушення її прав, гарантованих ст. 3, 8 і 12 Конвенції. Вона посилалася на ст. 13 Конвенції, яка передбачає: «Кожен, чії права та свободи, визнані в цій Конвенції, було порушено, має право на ефективний засіб юридичного захисту в національному органі, навіть якщо таке порушення було вчинене особами, які здійснювали свої офіційні повноваження».

163. Заявниця стверджувала, зокрема, що влада країни була зобов'язана провести ефективне розслідування її стерилізації. Проте

влада не вчинила таких дій за своєю ініціативою, а розгляд справи заявниці в порядку цивільного судочинства, яке було ініційоване нею, не був ефективним.

**164.** Влада Словаччини не погодилася з цими доводами, наполягаючи на тому, що заявниці були доступні ефективні засоби правового захисту, а саме позов на підставі ст. 11 й інших Цивільного кодексу про захист її особистих прав і, в кінцевому підсумку, скарга до Конституційного Суду.

**165.** Суд нагадує, що ст. 13 Конвенції гарантує доступність на національному рівні засобу правового захисту, який забезпечує дотримання сутності конвенційних прав і свобод. Вона вимагає залучення внутрішніх засобів правового захисту для розгляду за суттю «доказової скарги» відповідно до Конвенції та надання відповідного відшкодування (див., зокрема, Рішення Суду у справі «Аксой проти Туреччини» (*Aksoy v. Turkey*) від 25 вересня 1996 м., § 95). Вираз «засіб правового захисту» у значенні ст. 13 Конвенції, однак, не означає засіб правового захисту, покликаний забезпечити сприятливий результат, а лише доступний засіб правового захисту в органі, компетентному розглядати скарги (див., Рішення Суду у справі «Бенсаїд проти Сполученого Королівства» (*Bensaid v. United Kingdom*), скарга № 44599/98, § 56, ECHR 2001-I, з необхідними змінами).

**166.** У цій справі вимоги заявниці були розглянуті цивільними судами двох рівнів юрисдикції, хоча рішення було винесене не на її користь. Справді, Конституційний Суд згодом відхилив скаргу заявниці за мотивами, які Суд, розглядаючи дотримання вимоги п. 1 ст. 35 Конвенції у вирішенні питання про прийнятність, охарактеризував як занадто формальні. Це, однак, не стосується ситуації з точки зору ст. 13 Конвенції, враховуючи те, який засіб правового захисту в цивільних судах мала в своєму розпорядженні заявниця. Крім того, заявниця могла вимагати порушення кримінальної справи.

**167.** Суд встановив порушення ст. 8 Конвенції в частині ухиляння держави-відповідача від включення в національне законодавство відповідних гарантій (див. § 152). Оскільки заявниця скаржить на порушення ст. 13 Конвенції у зв'язку з тим, що недоліки національного законодавства зумовили її стерилізацію і подальше відхилення її позову, Суд нагадує, що ст. 13 Конвенції не може тлумачитися як вимога наявності засобу правового захисту проти норм національного законодавства (див. Рішення Суду у справі «Іордаки та інші проти Молдови» (*Iordachi and Others v. Moldova*) від 10 лютого 2009 р., скарга № 25198/02, § 56).

**168.** За таких обставин Суд доходить висновку про відсутність порушення ст. 13 Конвенції у взаємозв'язку зі ст. 3, 8 і 12 Конвенції.

## **V. ЩОДО ПОРУШЕННЯ СТ. 14 КОНВЕНЦІЇ**

**169.** Заявниця скаржилася на те, що в контексті її стерилізації вона зазнала дискримінації за ознаками раси і статі при користуванні правами, передбаченими ст. 3, 8 і 12 Конвенції. Вона посилалася на порушення ст. 14 Конвенції, яка передбачає: «Користування правами та свободами, визнаними в цій Конвенції, має бути забезпечене без дискримінації за будь-якою ознакою – статі, раси, кольору шкіри, мови,



релігії, політичних чи інших переконань, національного чи соціального походження, належності до національних меншин, майнового стану, народження, або за іншою ознакою».

## **А. Доводи сторін**

### *1. Заявниця*

**170.** Заявниця вважала, що її етнічне походження для медичних працівників Прешівської лікарні стало визначальним фактором при ухваленні рішення про необхідність її стерилізації. Її скарга на дискримінаційне звернення має бути розглянута з огляду на політику і практику стерилізації, чинних при комуністичному режимі, а також у контексті поширеної у Словаччині нетерпимості у ставленні до ромів. Ця атмосфера впливала на ставлення медичних працівників. Вказівка в її медичній картці на її ромське етнічне походження та поводження з нею як з пацієнтом у Прешівській лікарні демонстрували традиційне для цієї лікарні ставлення до ромських пацієнтів і загальний контекст, у якому була проведена стерилізація. Після слухання заявниця уточнила, що не мала наміру окремо скаржитися на сегрегацію ромських пацієнтів у Прешівській лікарні.

**171.** На додаток до тверджень про расову дискримінацію щодо неї заявниця стверджувала, що вона зазнала дискримінації за ознакою статі, оскільки зіткнулася з відмінністю у ставленні до її вагітності. Посилаючись на документи CEDAW, заявниця стверджувала, що нездатність системи охорони здоров'я враховувати фундаментальні біологічні відмінності між чоловіками і жінками в репродуктивній сфері порушувала заборону дискримінації за ознакою статі. Стерилізація, якій її піддали без її повної та інформованої згоди, є формою насильства над жінками. Як така вона суперечила ст. 14 Конвенції.

### *2. Уряд Словаччини*

**172.** Влада Словаччини заперечували практику цілеспрямованої дискримінації ромських пацієнтів у медичних закладах Словаччини, включаючи Прешівську лікарню, й оскаржила доводи заявниці в цьому аспекті.

**173.** Стерилізація заявниці була необхідна за медичними показаннями і була здійснена на її вимогу. В інших аналогічних справах лікарі діяли таким же чином, незалежно від раси чи кольору шкіри пацієнтів.

**174.** Хоча медична документація справді містила запис, що вказує на ромське походження заявниці, цей запис було зроблено в розділі пологової картки, присвяченому анамнезу заявниці. Медичні працівники Прешівської лікарні зазначали ромське походження пацієнтів у документах через те, що такі пацієнти часто нехтували соціальними і медичними призначеннями і потребували особливої уваги.

### *3. FIGO*

**175.** FIGO визнала неетичним здійснення лікарем стерилізації як додатка до кесаревого розтину на тій підставі, що він вважає її бажаною

в інтересах пацієнтки, без всебічного обговорення питання з пацієнткою перед пологами і без отримання її добровільної згоди. Враховуючи незворотність багатьох процедур стерилізації, лікарі не повинні допускати, щоб через мовний, культурний чи інший бар'єр між ними та їх пацієнтками останні залишалися непоінформованими про характер запропонованої їм процедури стерилізації.

## **В. Думка Суду**

**176.** Заявниця скаржилася на порушення ст. 14 Конвенції у взаємозв'язку зі ст. 3, 8 і 12 Конвенції. За обставин справи Суд вважає найбільш природним розглянути скаргу на дискримінацію у взаємозв'язку зі ст. 8 Конвенції, оскільки втручання торкнулося однієї з її основних тілесних функцій і спричинило низку негативних наслідків, зокрема, для її особистого і сімейного життя.

**177.** Матеріали, представлені Суду, свідчать про те, що практика стерилізації жінок без їх попередньої інформованої згоди охопила уразливих осіб різних етнічних груп. Суд дійшов висновку про те, що доступна інформація не дає змогу переконливо продемонструвати, що лікарі діяли недобросовісно і мали на меті піддати заявницю жорсткому поводженню (див. § 119). Аналогічно, і незважаючи на той факт, що стерилізація заявниці без її інформованої згоди заслуговує серйозної критики, об'єктивні докази є недостатньо вагомими самі по собі, щоб переконати Суд у тому, що вона була частиною організованої політики чи що працівники лікарні усвідомлено керувалися расовими мотивами (див. Рішення Суду у справі «Міжігарова проти Словаччини» (*Mižigárová v. Slovakia*) від 14 грудня 2010 р., скарга № 74832/01, § 117 і 122).

**178.** Попри це, з точки зору ст. 14 Конвенції, має значення той факт, що Комісар з прав людини та ЕКРІ виявили серйозні недоліки законодавства та практики, які стосуються стерилізації. Вони висловили думку про те, що ці недоліки особливо зачіпали членів ромського співтовариства, права яких були суттєво обмежені в більшості сфер життя. Те ж саме було побічно визнано створеною Міністерством охорони здоров'я групою експертів, які рекомендували окремі заходи відносно ромського населення.

**179.** У цьому зв'язку Суд дійшов висновку про те, що держава-відповідач не виконала своє зобов'язання на підставі ст. 8 Конвенції щодо забезпечення достатніх заходів захисту, які дають змогу заявниці як члену уразливого ромського співтовариства ефективно користуватися своїм правом на повагу до особистого і сімейного життя у контексті стерилізації.

**180.** За таких обставин Суд не вважає за необхідне відокремлено розглядати питання про те, чи було викликано фактами справи також порушення ст. 14 Конвенції.

## **VI. ЗАСТОСУВАННЯ СТ. 41 КОНВЕНЦІЇ**

**181.** Стаття 41 Конвенції передбачає: «Якщо Суд визнає факт порушення Конвенції або протоколів до неї і якщо внутрішнє право відповідної Високої Договірної Сторони передбачає лише часткове відшкодування, Суд, у разі необхідності, надає потерпілій стороні справедливу сатисфакцію».

## А. Щодо відшкодування

182. Заявниця стверджувала, що втручання в її права мало особливо серйозний характер. Вона вимагала 50 000 євро як компенсацію моральної шкоди.

183. Влада Словаччини вважала цю вимогу завищеною. Вона стверджувала, що заявниця дала згоду на стерилізацію і що вона могла пройти процедуру запліднення *in vitro*, якщо хотіла мати більше дітей. Влада Словаччини відзначила, що на слуханні в Суді вона запропонувала відшкодувати витрати на цю процедуру.

184. З урахуванням виявлених порушень Конвенції та їх фактичної основи Суд присуджує заявниці 31000 євро як компенсацію моральної шкоди, а також будь-який податок, який може бути нарахований на зазначену суму.

## В. Щодо витрат

185. Заявниця вимагала 38 930 євро 43 центи. Ця сума включала 34621 євро 59 центів судових витрат, пов'язаних з представленням інтересів заявниці в національному розгляді і в розгляді в Суді. Крім того, вона включала 4308 євро 84 центи витрат, пов'язаних з підготовкою та фотокопіюванням документів, послугами зв'язку та пошти, витрат, пов'язаних з участю представників заявниці в слуханні 22 березня 2011 р., а також невідшкодованих витрат, пов'язаних зі слуханням, яке було призначене на 7 вересня 2010 р. (див. § 6).

186. Влада Словаччини стверджувала, що вимога необґрунтовано висока і що Суд повинен присудити компенсацію лише необхідних витрат заявниці.

187. Відповідно до прецедентної практики Суду, заявник не має права на відшкодування витрат на підставі ст. 41 Конвенції, якщо не встановлено, що вони дійсно були, були необхідними і розумними за розміром (див. Рішення Суду у справі «Саном Ейтгеверс Б.В. проти Нідерландів» (*Sanoma Uitgevers BV v. Netherlands*), скарга № 38224/03, § 109, ECHR 2010 – ..., з додатковими посиланнями).

188. У цій справі Суд вважає названу суму надмірною, зокрема, гонорари представників заявниці. Зважаючи на надану йому інформацію і згадані критерії, Суд вважає за необхідне присудити загалом 12 000 євро для компенсації витрат, а також будь-якого податку, який може бути нарахований заявниці на цю суму.

## С. Відсоткова ставка при простроченні платежу

189. Суд визнав, що відсоткова ставка при простроченні платежів повинна бути встановлена в розмірі граничної кредитної ставки Європейського центрального банку плюс три відсотки.

### НА ПІДСТАВІ ВИКЛАДЕНОГО СУД:

1) постановляє одноголосно, що мало місце порушення ст. 3 Конвенції в матеріально-правовому аспекті;

2) постановляє одноголосно, що вимоги ст. 3 Конвенції в процесуальному аспекті порушені не були;

3) постановляє одноголосно, що мало місце порушення ст. 8 Конвенції;

4) постановляє одноголосно, що немає необхідності у відокремленому розгляді скарги на підставі ст. 12 Конвенції;

5) постановляє одноголосно, що вимог ст. 13 Конвенції порушено не було;

6) постановляє шістьма голосами «за» і одним «проти», що відокремлений розгляд скарги на підставі ст. 14 Конвенції не потрібний;

7) постановляє одноголосно, що:

а) держава-відповідач зобов'язана протягом трьох місяців з дня, коли рішення стане остаточним, відповідно до п. 2 ст. 44 Конвенції, виплатити заявниці такі суми:

i) 31000 євро (тридцять одну тисячу євро), а також будь-який податок, який може бути нарахований на зазначену суму, як компенсацію моральної шкоди;

ii) 12 000 євро (дванадцять тисяч євро), а також будь-який податок, який може бути нарахований заявниці на вказану суму, як компенсації витрат;

б) після закінчення зазначеного тримісячного строку і до остаточної виплати на вказані суми нараховуються відсотки в розмірі граничної ставки Європейського центрального банку плюс три відсотки;

8) відхилив шістьма голосами «за» і одним «проти» решту вимог заявниці щодо справедливої сатисфакції.

Рішення підготоване в письмовій формі англійською мовою 8 листопада 2011 р., відповідно до п. 2 і 3 правила 77 Регламенту Суду.

**Підписали**

**Ніколас Братца  
(Голова)**

**Фатош Араджи  
(Заступник секретаря)**

Відповідно до п. 2 ст. 45 Конвенції та п. 2 правила 74 Регламенту Суду, до Постанови додається окрема думка судді Мійовіч.

### **ОКРЕМА ДУМКА СУДДІ Л. МІЙОВІЧ**

Хоча я без вагань приєдналася до думки більшості про те, що у справі допущено порушення ст. 3 і 8 Конвенції, на жаль, моя думка за скаргою на підставі ст. 14 Конвенції істотно відрізняється від висновку, якого дійшла більшість. Палата вирішила, що відокремлений розгляд скарги на підставі ст. 14 Конвенції не потрібний. На мою думку, ця скарга становила суть даної справи і вимагала розгляду за суттю з встановленням порушення ст. 14 Конвенції.

У своїй прецедентній практиці Суд встановив, що дискримінація означає різне звернення без об'єктивних і розумних підстав з особами, які перебувають у відносно аналогічних ситуаціях. На підставі принципів прецедентної практики Суду, закріплених у Рішенні Великої палати Суду у справі «ДХ та інші проти Чеської Республіки» (DH and Others v. Czech Republic), скарга № 57325/00, § 175–181, ECHR 2007

і Рішенні Суду у справі «Оршуш та інші проти Хорватії» (Oršuš and Others v. Croatia) від 17 липня 2008 р., скарга № 15766/03, § 147–153, я змушена повністю не погодитися з висновком Палати та висловити жаль з приводу того, що дискримінації, якої явно зазнала заявниця, приділено недостатньо уваги в Рішенні.

Факти справи підтверджують, що заявниця мала медичну картку і що в підрозділ «Анамнез» були внесені слова «пацієнтка ромського походження». Влада Словаччини пояснила, що запис у медичній картці, який вказує на етнічне походження заявниці, був необхідний, оскільки роми-пацієнти часто нехтували соціальними і медичними призначеннями і, отже, потребували «особливої уваги».

Я вважаю цей факт абсолютно неприйнятним, оскільки «особлива увага» насправді означала стерилізацію заявниці, що було визнано порушенням ст. 3 і 8 Конвенції. Встановлення порушень ст. 3 і 8 Конвенції, взятих окремо, на мій погляд, зводить справу до індивідуального рівня, тоді як очевидно, що мала місце загальна державна політика стерилізації ромських жінок за комуністичного режиму (регульована Постановою про стерилізацію 1972 р.), наслідки якої продовжували відчуватися у період, що стосується обставин справи. Крім того, щоб показати, що державна політика щодо ромського населення не зазнала великих змін, у своїй третій доповіді стосовно Словаччини ЕСРІ зазначила, що ставлення до ромської меншини залишилося загалом негативним. Окрім того, ЕСРІ висловила особливу стурбованість з приводу доповідей, які свідчать про те, що ромів постійно продовжували піддавати стерилізації в деяких лікарнях без їхньої повної та інформованої згоди. Той факт, що на розгляді Суду перебувають інші подібні справи, зміцнює моє особисте переконання у тому, що стерилізація, якій піддаються ромські жінки, має не випадковий характер, а є пережитком давнього ставлення до ромських меншин у Словаччині. На моє переконання, заявниця була «позначена» і спостерігалася як пацієнтка, яка підлягала стерилізації лише через походження, оскільки очевидно є відсутність медичних показань для її стерилізації. На мій погляд, це є грубою формою дискримінації та мало спричинити встановлення порушення ст. 14 Конвенції у зв'язку з порушеннями ст. 3 і 8 Конвенції.

З викладених причин я також голосувала проти рішення Палати про відхилення решти вимог заявниці щодо справедливої сатисфакції, оскільки вважаю, що порушення ст. 14 Конвенції, якби його було встановлено, спричинило б задоволення цих вимог.