



## Дело «Дубска и Крейзова (Dubská and Krejzová) против Чешской Республики»<sup>1</sup>

(Жалобы №№ 28859/11 и 28473/12)

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ<sup>2</sup>

г. Страсбург, 15 ноября 2016 г.

По делу «Дубска и Крейзова против Чешской Республики» Европейский Суд по правам человека, заседая Большой Палатой в составе:

Гвидо Раймонди, *Председателя Большой Палаты,*

Андраша Шайо,

Ишиль Каракаш,

Луиса Лопеса Герра,

Мирьяны Лазаровой Трайковской,

Георга Николау,

Кристины Пардалос,

Юлии Лаффранк,

Хелены Келлер,

Хелены Ядерблом,

Алеша Пейхала,

Валериу Грицко,

Фариса Вехабовича,

Дмитрия Дедова,

Эгидиуса Куриса,

Йона Фридрика Кьельбро,

Шиофры О'Лири, *судей,*

а также при участии Йохана Каллеварта, *заместителя Секретаря Большой Палаты,*

рассмотрев дело в открытых заседаниях 2 декабря 2015 г. и 15 сентября 2016 г.,

вынес в последнюю указанную дату следующее Постановление:

### ПРОЦЕДУРА

1. Дело было инициировано двумя жалобами (№№ 28859/11 и 28473/12), поданными против Чешской Республики в Европейский Суд по правам человека (далее – Европейский Суд) в соответствии со статьей 34 Конвенции о защите прав человека

и основных свобод (далее – Конвенция) двумя гражданками Чешской Республики: Шаркой Дубской и Александрой Крейзовой (далее также – первая и вторая заявительницы соответственно, вместе – заявительницы), – 4 мая 2011 г. и 7 мая 2012 г. соответственно.

2. Интересы заявительниц представлял Д. Захуменский (*D. Záhumenský*), юрист правозащитной организации «Лига прав человека» (*Liga lidských práv*), и Р. Горжейши (*R. Hořejší*), адвокат, практикующий в г. Праге. Власти Чешской Республики были представлены своим Уполномоченным при Европейском Суде В.А. Шормом (*V.A. Schorm*), сотрудником Министерства юстиции.

3. Заявительницы утверждали, что законодательство Чешской Республики не разрешает оказывать медицинскую помощь при домашних родах в нарушение статьи 8 Конвенции.

4. 11 декабря 2014 г., после слушания о приемлемости и по существу (пункт 3 правила 54 Регламента Суда), Палата Пятой Секции Европейского Суда в составе Марка Виллигера, Председателя, Ангелики Нуссбергер, Боштьяна М. Зупанчича, Анны Юдковской, Андре Потоцкого, Поля Лемменса и Алеша Пейхала, судей, и Клаудии Вестердийк, Секретаря Секции Суда, вынесла Постановление, в котором установила шестью голосами «за» и одним – «против», что по делу требования статьи 8 Конвенции нарушены не были. К Постановлению прилагались совпадающие особые мнения судей Виллигера и Юдковской и несопадающее особое мнение судьи Лемменса. 10 марта 2015 г. заявительницы представили ходатайство о передаче дела в Большую Палату Европейского Суда в соответствии со статьей 43 Конвенции. Комитет Большой Палаты удовлетворил ходатайство заявительниц 1 июня 2015 г.

5. Состав Большой Палаты Европейского Суда был определен в соответствии с положениями пунктов 4 и 5 статьи 26 Конвенции и правила 24 Регламента Суда.

6. Заявительницы и власти Чешской Республики подали дополнительные письменные объяснения (пункт 1 правила 59 Регламента Суда) по существу жалобы. Стороны ответили в письменной форме на объяснения друг друга. Кроме того, комментарии третьей стороны были получены от властей Словакии и Хорватии, Королевского колледжа акушерок (*Royal College of Midwives*) (Соединенное Королевство), Международной исследовательской группы Всемирной ассоциации перинатальной медицины (*International Study Group of the World Association of Perinatal Medicine*), Чешского союза акушерок (*UNIPA – Unie porodních asistentek*) и Анны Шабатовой (*Anna Šabatová*), общественно-го защитника прав (*Veřejná ochránkyně práv*), которым Председатель Европейского Суда разрешил принять участие в письменной процедуре (пункт 2 статьи 36 Конвенции и пункт 3 правила 44 Рег-

<sup>1</sup> Перевод с английского языка Г.А. Николаева.

<sup>2</sup> Настоящее Постановление вступило в силу 15 сентября 2016 г. в соответствии с положениями пункта 1 статьи 44 Конвенции (*примеч. редактора*).

ламенты Суда). Стороны ответили на эти комментарии (пункт 6 правила 44 Регламента Суда).

7. Открытое слушание состоялось во Дворце прав человека в г. Страсбурге 2 декабря 2015 г. (пункт 3 правила 59 Регламента Суда).

В Европейский Суд явились:

(а) со стороны властей Чешской Республики:

В.А. Шорм, Уполномоченный,

О. Глиномаз (O. Hlinomaz), аппарат Уполномоченного, сотрудник Министерства юстиции,

Й. Мартинкова (J. Martinková), аппарат Уполномоченного, сотрудница Министерства юстиции,

Д. Копкова (D. Korpková), сотрудница Министерства здравоохранения,

Й. Феиерейсль (J. Fejereisl), руководитель Института ухода за матерью и ребенком, председатель Чешского гинекологического и акушерского общества,

П. Велебиль (P. Velebil), руководитель Перинатального центра Института ухода за матерью и ребенком, научный секретарь Чешского гинекологического и акушерского общества, советники,

(b) со стороны заявительницы Дубски:

З. Цандиглиота (Z. Candigliota), адвокат,

П. Янссен (P. Janssen), профессор, защита здоровья матери и ребенка, Школа населения и здравоохранения, член-корреспондент Университета Британской Колумбии, сотрудник Департамента семейной практики, акушерства и гинекологии и школы среднего медицинского персонала, Университет Британской Колумбии,

С. Сладекова (S. Sládková), советники;

(с) со стороны заявительницы Крейзовой:

Р. Горжейши, адвокат,

А. Горжейши (A. Hořejší),

М. Павликова (M. Pavlíková), советники.

На слушаниях также присутствовала заявительница Крейзова.

Европейский Суд заслушал выступления Цандиглиоты, Горжейши, Шорма и Велебиля, а также ответы Янссена на поставленные судьями вопросы.

## ФАКТЫ

### I. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

8. Заявительницы родились в 1985 и 1980 годах и проживают в городах Йилемнице (Jilemnice) и Праге соответственно.

#### A. ЖАЛОБА, ПОДАННАЯ ШАРКОЙ ДУБСКОЙ

9. Заявительница Шарка Дубска родила первого ребенка в 2007 году в больнице без каких-либо осложнений. Как она утверждала, присутствовавший во время родов медицинский персонал требовал от нее дачи согласия на различные виды медицинского вмешательства, хотя она ясно выразила

свое желание, чтобы ей не оказывали медицинской помощи, не являющейся необходимой. Кроме того, она была вынуждена рожать в положении, которое было для нее неудобным. Она хотела уйти из больницы через несколько часов после родов, так как она и ребенок были здоровы, но врач обязал ее остаться в больнице. В связи с этим она выписалась только на следующий день, когда представила письмо от своего педиатра, который подтвердил, что заявительница будет заботиться о ребенке.

10. В 2010 году первая заявительница забеременела второй раз с ожидаемой датой родов в середине мая 2011 года. Проходила без осложнений, медицинские обследования и анализы не выявили наличия каких-либо проблем. Поскольку она считала, что роды в больницы сопряжены для нее со стрессом, заявительница решила рожать дома и стала искать акушерку для оказания ей помощи при родах. Однако она не смогла найти акушерку, которая согласилась бы оказать ей содействие во время домашних родов.

11. 5 апреля 2011 г. она обратилась в письменной форме в свою компанию медицинского страхования и в Либерецкий региональный офис (*krajský úřad*) с просьбой о помощи в привлечении акушерки.

12. 7 апреля 2011 г. компания медицинского страхования ответила, что законодательство Чешской Республики не предусматривает возможность публичной компании медицинского страхования покрывать расходы, связанные с домашними родами, поэтому компания не заключает контрактов с медиками, оказывающими подобные услуги. Кроме того, большинство медицинских экспертов не одобряют домашние роды.

13. В письме от 13 апреля 2011 г. из регионального офиса дополнительно сообщалось, что акушерки, включенные в реестр медицинских специалистов, в любом случае согласно закону могут присутствовать при родах в помещениях с техническим оборудованием, предусмотренным Декретом № 221/2010, а не в частных домах.

14. Не найдя медицинского специалиста, способного оказать ей помощь, первая заявительница родила сына одна дома 11 мая 2011 г.

15. 1 июля 2011 г. она подала жалобу в порядке конституционного производства (*ústavní stížnost*), указав, что ей было отказано в возможности домашних родов при содействии медицинского профессионала в нарушение ее права на уважение личной жизни.

16. 28 февраля 2012 г. Конституционный суд (*Ústavní soud*) отклонил ее жалобу, указав, что рассмотрение им дела по существу противоречило бы принципу subsidiarity, поскольку первая заявительница не исчерпала все доступные средства правовой защиты, которые включали иск о защите личных прав в соответствии с Гражданским кодексом и заявление о судебной проверке на основании статьи 82 Кодекса судебной административ-

ной процедуры. Тем не менее Конституционный суд выразил сомнения относительно соответствия законодательства Чешской Республики статье 8 Конвенции и просил соответствующие стороны инициировать серьезные и информированные дискуссии по поводу нового законодательства. Девять из 14 судей высказали особые мнения к решению, в которых они не согласились с его мотивировкой. Большинство из них считало, что Конституционный суд должен был отклонить жалобу как *actio popularis* и не должен был выражать мнения о конституционности законодательства по поводу домашних родов.

### В. ЖАЛОБА, ПОДАННАЯ АЛЕКСАНДРОЙ КРЕЙЗОВОЙ

17. Вторая заявительница является матерью двоих детей, которые родились дома в 2008 и 2010 годах при содействии акушерки. Акушерка участвовала в родах без санкции государства.

18. Согласно ее утверждениям до принятия решения о домашних родах она посетила несколько больниц, которые отклонили ее просьбы о родах без проведения медицинских вмешательств, которые не были строго необходимы. Больницы также отклонили ее просьбу о непрерывном контакте с ребенком с момента родов, поскольку обычная практика состояла в изъятии ребенка сразу же после родов для взвешивания и измерения, а также для дополнительного медицинского обследования на два часа.

19. Во время подачи настоящей жалобы вторая заявительница была вновь беременна с ожидаемым сроком родов в середине мая 2012 года. Беременность проходила без осложнений, и она снова хотела родить дома при содействии акушерки. Однако она не могла найти акушерку, согласную помочь ей, из-за угрозы применения большого штрафа в случае несанкционированного оказания медицинской помощи. Вторая заявительница просила различные органы помочь ей найти выход из положения.

20. Письмом от 18 ноября 2011 г. Министерство здравоохранения ответило ей, что оно не оказывает медицинской помощи отдельным пациентам и что вторая заявительница должна запросить г. Прагу (*Město Praha*), который, действуя в качестве регионального офиса, регистрирует и лицензирует медицинских специалистов.

21. 29 ноября 2011 г. страховая компания второй заявительницы уведомила ее о том, что присутствие медицинского специалиста при домашних родах не охватывается публичным страхованием.

22. 13 декабря 2011 г. соответствующие органы Праги сообщили второй заявительнице, что в городе отсутствуют акушерки, допущенные к оказанию помощи при домашних родах.

23. 7 мая 2012 г. вторая заявительница родила ребенка в родильном доме во Врхлаби (*Vrchlabí*), в 140 км от г. Праги. Она выбрала это учреждение из-за его репутации об учете пожеланий матерей во время родов. Тем не менее, по ее словам, не все ее пожелания были учтены. Хотя она и ребенок были здоровы и отсутствовали осложнения во время родов, вторая заявительница должна была оставаться в больнице 72 часа. Новорожденный ребенок был разделен с ней после родов и перед выпиской из родильного дома остатки пуповины ребенка были отрезаны, несмотря на ее просьбы.

## II. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ В ОТНОШЕНИИ ДОМАШНИХ РОДОВ В ЧЕШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

### А. ИЗДАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРИНЯТЫЕ МЕРЫ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

24. В своем Бюллетене № 2/2007 от февраля 2007 года Министерство здравоохранения Чешской Республики опубликовало практические рекомендации, в которых указывалось:

«Ведение родов в Чешской Республике рассматривается как услуга медицинской помощи, которая оказывается только в учреждении здравоохранения. Каждое учреждение здравоохранения должно исполнять установленные законом требования... и требования применимых подзаконных актов».

25. 20 марта 2012 г. Министерство здравоохранения создало экспертный комитет по акушерству с целью изучения вопроса домашних родов. В него вошли представители получателей помощи, акушерки, врачебные ассоциации, Министерство здравоохранения, комиссар правительства по правам человека и компании медицинского страхования. Представители врачебных ассоциаций бойкотировали собрания, заявляя, что текущее положение дел является удовлетворительным и что, по их мнению, отсутствовала необходимость во внесении каких-либо изменений. Впоследствии министр здравоохранения вывел представителей получателей помощи, акушерок и комиссара правительства по правам человека из состава комитета на том основании, что только изменение состава позволит ему согласовать некоторые выводы.

26. 18 января 2013 г. Правительственный совет за равные возможности женщин и мужчин (*Rada vlády pro rovné příležitosti žen a mužů*), консультативный орган при правительстве, рекомендовал предотвратить дальнейшую дискриминацию против женщин при использовании их права на свободный выбор метода, способа и места родов. Он также рекомендовал предотвращение дискриминации против акушерок путем разрешения им практиковать свою профессию полностью за счет их включения в систему публичного медицинского страхования. Совет также сослался на рекомендации

Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин, который наблюдает за исполнением Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, в поддержку его позиции о том, что женщины должны иметь выбор в отношении места родов.

27. В своем Бюллетене № 8/2013, опубликованном 9 декабря 2013 г., который заменил предыдущие практические рекомендации 2007 года, Министерство здравоохранения описало процедуру, которой должны следовать оказывающие услуги здравоохранения учреждения при выписке новорожденных в их собственную социальную среду. Министерство здравоохранения указало, что специалисты не рекомендуют выписывать новорожденного из родильного дома ранее 72 часов после родов. Новая процедура допускает выписку новорожденного из родильного дома менее чем через 72 часов после родов по заявлению законного представителя новорожденного при условии, что последний:

«(а) предоставил письменный отказ от соглашения об оказании медицинских услуг новорожденному или письменное заявление о несогласии с оказанием медицинских услуг или в качестве альтернативы такое согласие или несогласие внесено в медицинскую документацию новорожденного...

(б) был явно и надлежащим образом информирован о возможных последствиях выписки новорожденного до истечения 72 часов после родов...

(с) был надлежащим образом информирован, что в интересах последующего развития новорожденного специализированные медицинские ассоциации Чешской Республики рекомендуют, чтобы:

1) клиническое обследование проводилось в течение 24 часов после выписки новорожденного...

2) образец крови брался в течение 48–72 часов после родов для целей выявления наследственных метаболических нарушений...».

## В. ДАННЫЕ О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

28. Согласно оценочным данным, предоставленным Всемирной организацией здравоохранения, на 2004 год Чешская Республика относилась к странам с самым низким перинатальным уровнем смертности, который определяется как количество мертворождений и смертей в первую неделю жизни. Показатель Чешской Республики составлял 0,4%. В других европейских странах цифры менялись от 0,5% в Швеции и Италии до 4,7% в Азербайджане. В большинстве европейских стран показатели были менее 1%. Согласно докладу 2006 года перинатальная смертность является важным фактором материнской помощи, материнского здоровья и питания, она также отражает доступную акушерскую и педиатрическую помощь в сопоставлении различных стран. В этом докладе рекомендовалось, чтобы по возможности все пло-

ды и младенцы, весящие не менее 500 граммов при рождении, живые или мертвые, включались в статистику. Сообщенные данные относительно мертворождений не включались в исследование.

29. Согласно Европейскому докладу о состоянии перинатального здоровья по поводу здоровья и ухода за беременными женщинами и детьми в Европе в 2010 году, изданном в 2013 году в рамках деятельности проекта «Европеристат» (*Euro-Peristat*), Чешская Республика относилась к странам с наименьшей смертностью новорожденных за первые 27 дней их жизни. Этот показатель составлял 0,17%. Данные для других стран, включенных в отчет, в основном государств – членов Европейского союза, колебались от 0,12% для Исландии до 0,55% для Румынии.

## С. УГОЛОВНОЕ ПРЕСЛЕДОВАНИЕ АКУШЕРОК

30. Представляется, что за участие в домашних родах как таковых акушерки в Чешской Республике в последние годы не наказывались. Однако некоторые преследовались за предполагаемую халатность при родах на дому. Заявительницы ссылались на дела Š. и K., известных пропагандисток естественных родов при отсутствии необязательного медицинского вмешательства, которые регулярно участвовали в домашних родах.

31. 27 марта 2013 г. районный суд Прага-6 (*obvodní soud*) признал Š. виновной в неосторожном причинении смерти ребенку, который родился мертвым. Она была приговорена к двум годам лишения свободы с отсрочкой исполнения наказания на пять лет и запрету работать в качестве акушерки в течение трех лет. Виновность Š. была основана на том факте, что она не обратилась к матери с настоятельной рекомендацией связаться с медицинским учреждением, когда с ней консультировались по телефону во время родов, которые уже проходили в домашних условиях. Таким образом, она дала будущей матери ошибочный совет, не осмотрев ее. Обвинительный приговор был поддержан Пражским муниципальным судом (*městský soud*) 29 мая 2013 г., хотя наказание было заменено на 15 месяцев лишения свободы с отсрочкой исполнения на 30 месяцев и на два года запрета практики в качестве акушерки.

32. 29 апреля 2014 г. Верховный суд (*Nejvyšší soud*) отменил решения нижестоящих судов. Впоследствии Š. была оправдана районным судом 23 мая 2016 г. По-видимому, разбирательство до сих пор продолжается в апелляционном суде.

33. 21 сентября 2011 г. районный суд Прага-3 признал K. виновной в причинении вреда здоровью по неосторожности ребенку, в домашних родах которого она участвовала и который перестал дышать во время родов. Ребенок скончался через несколько дней. K. была приговорена к двум годам лишения свободы с отсрочкой исполнения наказания на пять лет, запрету работать в качестве акушерки

в течение пяти лет и к выплате 2 700 000 чешских крон (CZK) (эквивалентно 105 000 евро) в качестве возмещения издержек, понесенных страховой компанией при лечении ребенка до даты его смерти. Как указал суд, халатность со стороны К. состояла в том, что она не следовала стандартным процедурам родов, разработанным Чешской медицинской ассоциацией (*Česká lékařská komora*), и ее поведение, таким образом, было *non lege artis*<sup>1</sup>. Заявление о возбуждении уголовного дела было подано не родителями ребенка, а больницей.

34. 24 июля 2013 г. Конституционный суд отменил все решения по делу К., сочтя, что допущено нарушение ее права на справедливое судебное разбирательство. Он указал, что выводы судов общей юрисдикции относительно виновности К. были субъективными и не подкреплялись неоспоримыми доказательствами, тем самым нарушая принцип презумпции невиновности. Конституционный суд, в частности, отметил, что суды некритически ссылались на экспертное заключение, которое они не подвергли тщательному анализу. Он учел, что на основе экспертного заключения суды применили весьма строгую ответственность к поведению К. в ситуации, в которой было неясно, как она могла предотвратить смерть ребенка. Кроме того, было установлено, что она пыталась помочь ребенку и вызвала «скорую помощь» сразу же после установления гипоксии у ребенка. Предвидеть любое возможное осложнение во время родов и иметь возможность реагировать на него немедленно, как требовалось от К., в конце концов *de facto* повлекло бы абсолютный запрет домашних родов. В этом контексте Конституционный суд отметил следующее:

«...современное демократическое государство, основанное на верховенстве права, опирается на защиту индивидуальных и неотчуждаемых свобод, ограничение которых затрагивает человеческое достоинство. Эта свобода, которая включает свободу личной деятельности, сопровождается определенной степенью допустимого риска. Право родителей на свободный выбор места и способа родов ограничено только интересом в безопасных родах и здоровье ребенка, однако данный интерес не мог быть истолкован как недвусмысленное предпочтение родов в родильном доме».

### III. СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ЧЕШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

#### А. ЗАКОН ОБ ОХРАНЕ НАРОДНОГО ЗДОРОВЬЯ

35. Согласно статье 12а(1) Закона об охране народного здоровья (№ 20/1966, *Zákon o péči o zdraví lidu*), который действовал до 31 марта 2012 г., учреждение, оказывающее медицинскую помощь, должно быть обеспечено необходимыми

ми людскими, материальными и техническими ресурсами в зависимости от природы и пределов медицинской помощи, которую оно оказывает. В соответствии со статьей 12а(2) Закона об охране народного здоровья Министерство здравоохранения должно декретом установить требования к материальным, людским и техническим ресурсам в учреждениях здравоохранения.

36. Статья 18(1) Закона об охране народного здоровья указывала, что амбулаторная помощь, которая также включает услуги с выездом, оказывается врачом общей практики и другими специалистами в консультативных кабинетах или ассоциированных амбулаторных учреждениях.

#### В. ЗАКОН О ЗДРАВООХРАНЕНИИ В ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

37. Статья 4(1) Закона о здравоохранении в частных медицинских учреждениях (№ 160/1992, *Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních*), действовавшего до 31 марта 2012 г., требовала обеспечивать частные учреждения соответствующими людскими, материальными и техническими ресурсами в зависимости от вида и пределов медицинской помощи, которую они оказывают.

38. Согласно статье 4(2)(b) Закона о здравоохранении в частных медицинских учреждениях Министерство здравоохранения было уполномочено принять декрет для указания требований к техническому и материальному оборудованию в частных учреждениях здравоохранения.

39. В силу статьи 5(2)(а) Закона о здравоохранении в частных медицинских учреждениях частное учреждение могло оказывать медицинскую помощь, определенную в решении о регистрации.

40. В соответствии со статьей 14 Закона о здравоохранении в частных медицинских учреждениях лицо, нарушающее данный закон, может быть оштрафовано, но сумма штрафа не была определена.

#### С. ЗАКОН О ПАРАМЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЯХ

41. Согласно статье 6(3) Закона о парамедицинских профессиях (№ 96/2004, *Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*), который вступил в силу 1 апреля 2004 г., обязанности, входящие в состав практики акушерки, включают, в частности, физиологические роды и оказание помощи новорожденным.

#### Д. ДЕКРЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ № 424/2004

42. Декрет Министерства здравоохранения о деятельности медицинского персонала и дру-

<sup>1</sup> *Non lege artis* (лат.) – не по всем правилам искусства (примеч. переводчика).

гих специалистов (*vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*), который вступил в силу 20 июля 2004 г. и оставался действительным до 13 марта 2011 г., устанавливал обязанности медицинских специалистов и других профессионалов. Согласно статье 5(1)(f) указанного декрета акушерки могли осуществлять определенную деятельность без профессионального надзора, включая физиологические роды в неотложных ситуациях совместно с эпизиотомией в случае необходимости.

#### Е. ДЕКРЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ № 221/2010

43. Декрет Министерства здравоохранения о требованиях материально-технического обеспечения в учреждениях здравоохранения (*vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení*), который вступил в силу 1 сентября 2010 г. и действовал до 31 марта 2012 г., предусматривал возможность участия акушерок в родах, но лишь в специально оборудованных помещениях площадью не менее 15 кв. м, в которых должны находиться следующие необходимые предметы: (а) акушерская кровать для родовой или другое целесообразное средство для проведения физиологических родов, (б) лампа для исследования, (с) стерильный зажим или резиновая лента для пуповины, (d) стерильные ножницы, (е) средство EFM (электронного фетального мониторинга), (f) пульсовой оксиметр, (g) прием насоса, (h) ларингоскоп и инструменты для обеспечения дыхательных путей, (i) кровать для женщины после родов, (j) достаточное пространство и поверхность для обработки новорожденного, (k) весы для взвешивания новорожденного, (l) инструмент для измерения роста новорожденного и (m) источник медицинского кислорода. Кроме того, должны быть доступны помещение для ухода за женщиной и ее новорожденным после родов площадью не менее 8 кв. м и душ.

44. Данные помещения должны быть расположены таким образом, чтобы обеспечить возможность родов путем кесарева сечения или операции по прекращению беременности в учреждении здравоохранения, оказывающем стационарную помощь и соблюдающем требования декрета, в течение 15 минут после выявления осложнений.

45. Кроме того, указанный декрет предоставлял акушеркам право на «контактное рабочее место», которое должно быть оборудовано (а) необходимой мебелью для работы акушерки и (б) мобильным телефоном.

46. Акушерки также обязаны иметь чемодан, содержащий (а) средство для определения звуков плода, (б) расходное оборудование для обследования беременной женщины, (с) сфигмоманометр, (d) стетоскоп, (е) медицинский термометр

и (f) оборудование для оказания первой помощи, включая средства для сердечно-легочной реанимации.

47. Статья 2 данного декрета требует от учреждений здравоохранения, существующих на дату вступления декрета в силу, соблюдать требования к материально-техническому оборудованию, содержащиеся в декрете, в течение 12 месяцев после его вступления в силу.

Двенадцатимесячный период был продлен до 28 месяцев Декретом № 234/2011, который вступил в силу 31 августа 2011 г.

#### Ф. ЗАКОН О МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

48. Закон о медицинских услугах (№ 372/2011, *Zákon o zdravotních službách*) вступил в силу 1 апреля 2012 г. Он заменил Закон об охране народного здоровья (см. §§ 35–36 настоящего Постановления), Закон о здравоохранении в частных медицинских учреждениях (см. §§ 37–40 настоящего Постановления) и Декрет о требованиях материально-технического обеспечения в учреждениях здравоохранения (см. §§ 43–47 настоящего Постановления).

49. В соответствии со статьей 2(2)(а) Закона о медицинских услугах «медицинские услуги» означают оказание медицинской помощи в соответствии с Законом о медицинских профессионалах, а также деятельность, осуществляемую другими профессионалами, если эта деятельность прямо связана с оказанием медицинской помощи.

50. Согласно статье 2(4)(а)(4) Закона о медицинских услугах «медицинская помощь» означает различную деятельность и меры, осуществляемые в отношении физических лиц, в том числе для целей родовспоможения.

51. В соответствии со статьей 4(1) Закона о медицинских услугах «учреждение здравоохранения» означает помещения, предназначенные для оказания медицинских услуг.

52. Статья 10 Закона о медицинских услугах предусматривает, что оказание медицинской помощи в собственном социальном окружении пациента, включая помощь на дому, может включать только такие процедуры, которые не зависят от условий технического и материального обеспечения, необходимого для их оказания в учреждениях здравоохранения.

53. Согласно статье 11(5) Закона о медицинских услугах медицинские услуги могут быть оказаны только в учреждениях здравоохранения, указанных в лицензии на оказание медицинских услуг, кроме медицинских услуг, которые оказываются в собственном социальном окружении пациента. В подобных случаях лица, оказывающие медицинскую помощь, должны иметь собственное контактное рабочее место помощи на дому.

54. В соответствии со статьей 11(6) Закона о медицинских услугах учреждение здравоохранения должно располагать техническим и материальным оборудованием для оказания медицинских услуг. Техническое и материальное оборудование в учреждениях здравоохранения должно соответствовать их специализации, виду и форме медицинской помощи, которую они оказывают. Требования для минимального технического и материального оборудования должны быть изложены в соответствующем декрете.

55. Статья 114 Закона о медицинских услугах предусматривает, что лицо, оказывающее услуги медицинской помощи в отсутствие соответствующей лицензии, может быть оштрафовано на 1 000 000 крон (37 000 евро).

### Г. ПОЯСНИТЕЛЬНЫЙ ДОКЛАД К ЗАКОНУ О МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

56. В пояснительном докладе к Закону о медицинских услугах в соответствующих частях указывается следующее:

«...законодательство... принадлежат[ит] к группе законов и правил, регулирующих правовые условия для осуществления всеобщего конституционного права на защиту здоровья и конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь в значении статьи 31 Хартии основных прав и свобод и права на защиту человеческого достоинства, права на личную и семейную жизнь и физическую неприкосновенность...

Закон... определяет профессиональную медицинскую помощь... Государство должно регулировать [такую] медицинскую помощь... государство обязано обеспечивать доступность услуг здравоохранения, а также их адекватное качество и безопасность. Это требование удовлетворяется при том условии, что профессиональную медицинскую помощь может оказывать только учреждение, оказывающее услуги здравоохранения...

...Закон является одним из законодательных актов, создающих условия для исполнения Чешской Республикой обязанностей в сфере охраны здоровья и оказания услуг здравоохранения, вытекающих из... Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах... и Европейской хартии... Закон также принимает во внимание Конвенцию о правах ребенка...

Что касается оказания услуг здравоохранения, пациент является равным партнером по отношению к поставщику услуг и медицинскому персоналу и имеет право давать согласие на предлагаемые услуги или отказывать в них на основании информации и консультации о таких услугах, надлежащим образом предоставленных поставщиком услуг или лицом, которое он назначил для этой цели...

Предложение пациентам медицинских услуг в их собственном социальном окружении часто бывает более действенным и целесообразным. Собственное социальное окружение пациента необязательно означает его жилище, но может

также значить другое альтернативное окружение, такое как дома социального ухода или детские дома... Услуги здравоохранения, оказываемые в собственном социальном окружении пациента, могут быть разделены на услуги помощи на дому и амбулаторные услуги здравоохранения. Услуги здравоохранения оказывают существенное воздействие на планируемые системные изменения в системе здравоохранения путем... улучшения жизни пациентов и продления их пребывания в домашнем окружении...

Одно из основных прав пациента – это право на свободный выбор относительно поставщиков услуг здравоохранения... Закон наделяет пациентов правом на всю информацию об их состоянии и оказываемых им услугах здравоохранения...

В рамках заботы о своем здоровье лица могут осуществлять другую деятельность, основанную на их собственном выборе. Эта деятельность включает поддержку здоровья и иную деятельность в сфере “самолечения”... Закон не препятствует данной деятельности, он просто не определяет их как часть профессиональной медицинской помощи и услуг здравоохранения, качество которых гарантировано государством. Основная причина в том, что объективная оценка качества такой помощи неосуществима, и потому невозможно гарантировать ее безопасность или действенность. Таким образом, услуги здравоохранения могут быть оказаны только на основе Закона о медицинских услугах».

### Н. ДЕКРЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ № 92/2012

57. Декрет о минимальных требованиях материально-технического обеспечения в учреждениях здравоохранения и контактных центрах домашнего ухода (*vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče*) вступил в силу 1 апреля 2012 г. Он заменил Декрет о требованиях материально-технического обеспечения в учреждениях здравоохранения (см. §§ 43–47 настоящего Постановления).

58. Декрет, в частности, предусматривает возможность проведения акушеркой родов в родовых комнатах, специально оборудованных для этой цели. Требования к оборудованию аналогичны тем, что были изложены в Декрете № 221/2010. Однако новый декрет включает новое требование: если кесарево сечение или операция по прерыванию родов не могут быть проведены в медицинском учреждении, оказывающем стационарную помощь в течение 15 минут после выявления родовых осложнений, необходимо организовать родовую комнату, отвечающую требованиям, указанным в декрете. Кроме того, рабочее место акушерки должно быть оборудовано в соответствии с требованиями нового декрета.

59. Что касается «контактных центров» по уходу в отношении гинекологии и родовспоможения, декрет требует, чтобы в таких центрах были

(а) необходимая мебель для работы акушерки, (б) шкаф с ящиками, если медицинские записи не хранятся исключительно в электронной форме, (с) связь с публичной мобильной телефонной сетью, (d) средство для определения фетальных звуков, (е) расходное оборудование для обследования беременной женщины, (f) сфигмоманометр, (g) стетоскоп, (h) медицинский термометр, (i) оборудование для оказания первой помощи, включая средство для сердечно-легочной реанимации, и (j) ящик для транспортировки биологического материала. Контактный центр должен иметь площадь не менее 10 кв. м и санитарное оборудование для персонала.

**60.** Учреждения здравоохранения и контактные центры домашнего ухода, существующие на дату вступления в силу нового декрета и удовлетворяющие требования предыдущего декрета, должны исполнить требования, изложенные в новом декрете в период от девяти до 12 месяцев.

## I. ДЕКРЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ № 99/2012

**61.** Декрет о минимальных требованиях к медицинскому персоналу для оказания услуг здравоохранения (*vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*) вступил в силу 1 апреля 2012 г. В его главе «Требования к персоналу для оказания помощи на дому» указывается, что сестринский уход в гинекологии и родовспоможении осуществляют акушерки, допущенные к самостоятельной практике, и акушерки со специальной квалификацией, допущенные к самостоятельной практике, если осуществляется деятельность, указанная в другой правовой норме (акушерки для интенсивной терапии, акушерки для интенсивной терапии в неонатологии или акушерки для совместного ухода).

## IV. СООТВЕТСТВУЮЩИЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

### A. КОНВЕНЦИЯ О ЗАЩИТЕ ПРАВ И ДОСТОИНСТВА ЧЕЛОВЕКА В СВЯЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДОСТИЖЕНИЙ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ (КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА И БИОМЕДИЦИНЕ)

**62.** Соответствующие положения Конвенции о правах человека и биомедицине предусматривают следующее:

#### «...Статья 5. Общее правило

Медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное информированное согласие.

Это лицо заранее получает соответствующую информацию о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках.

Это лицо может в любой момент беспрепятственно отозвать свое согласие.

#### Статья 6. Защита лиц, не способных дать согласие

...медицинское вмешательство в отношении лица, не способного дать на это согласие, может осуществляться исключительно в непосредственных интересах такого лица.

Проведение медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего лица, не могущего дать свое согласие по закону, может быть осуществлено только с разрешения его представителя, органа власти либо лица или учреждения, определенных законом...

#### Статья 8. Чрезвычайная ситуация

Если в силу чрезвычайной ситуации надлежащее согласие соответствующего лица получить невозможно, любое вмешательство, необходимое для улучшения состояния его здоровья, может быть осуществлено немедленно...».

**63.** Кроме того, пояснительный доклад к Конвенции о правах человека и биомедицине указывает в пункте 34, что «слово “вмешательство” понимается в самом широком смысле, как, например, в статье 4, то есть оно охватывает все медицинские действия, в частности, вмешательство, совершаемое с целью профилактики, установления диагноза, лечения, реабилитации и проведения научных исследований».

## V. КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ РЕБЕНКА

**64.** Соответствующие положения Конвенции о правах ребенка гласят:

#### «...Статья 3

1. Во всех действиях в отношении детей независимо от того, предпринимаются они государственными или частными учреждениями, занимающимися вопросами социального обеспечения, судами, административными или законодательными органами, первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка.

2. Государства-участники обязуются обеспечить ребенку такую защиту и заботу, которые необходимы для его благополучия, принимая во внимание права и обязанности его родителей, опекунов или других лиц, несущих за него ответственность по закону, и с этой целью принимают все соответствующие законодательные и административные меры...

#### Статья 5

Государства-участники уважают ответственность, права и обязанности родителей и в соответствующих случаях членов расширенной семьи или общины, как это предусмотрено местным обычаем, опекунов или других лиц, несущих по закону ответственность за ребенка, должным образом

управлять и руководить ребенком в осуществлении им признанных настоящей Конвенцией прав и делать это в соответствии с развивающимися способностями ребенка.

#### Статья 6

1. Государства-участники признают, что каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь.
2. Государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка...

#### Статья 18

1. Государства-участники предпринимают все возможные усилия к тому, чтобы обеспечить признание принципа общей и одинаковой ответственности обоих родителей за воспитание и развитие ребенка. Родители или в соответствующих случаях законные опекуны несут основную ответственность за воспитание и развитие ребенка. Наилучшие интересы ребенка являются предметом их основной заботы...

#### Статья 24

1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

2. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности, принимают необходимые меры для:

- a) снижения уровней смертности младенцев и детской смертности...
- d) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды...».

### С. КОНВЕНЦИЯ ООН О ЛИКВИДАЦИИ ВСЕХ ФОРМ ДИСКРИМИНАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН

65. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин рекомендовал в своих заключительных замечаниях по Чешской Республике от 22 октября 2010 г. (CEDAW/C/CZE/CO/5) под заголовком «Здоровье», в частности, следующее:

«...36. Признавая необходимость обеспечения максимальной безопасности для матерей и новорожденных во время родов, а также низкий уровень перинатальной смертности государства-участника, Комитет учитывает сообщения о вмешательстве в выбор репродуктивного здоровья женщины в больницах, включая обычное применение медицинских вмешательств, как сообщается, часто без свободного, предварительного и информированного согласия женщины, быстрый рост уровня кесарева сечения, отделение новорожденных от их матерей на срок до нескольких часов в отсутствие причин, связанных со здоровьем, отказ в выписке матери и ребенка

из больницы до истечения 72 часов после родов и покровительственное отношение врачей, которое препятствует осуществлению матерями их свободы выбора. Он также учитывает сообщения об ограниченном выборе женщин при родах вне больниц.

37. Комитет рекомендует, чтобы государство-участник рассмотрело возможность ускорения принятия закона о правах пациентов, включая репродуктивные права женщин, приняло протокол по нормальному уходу при родах, обеспечивающий уважение прав пациентов и избегающий необязательных медицинских вмешательств, обеспечило, чтобы все вмешательства проводились только при свободном, предварительном и информированном согласии женщины, наблюдало за качеством помощи в родильных домах, обеспечивало обязательную подготовку для всех медицинских профессионалов по поводу прав пациентов и связанных этических стандартов, продолжало разъяснять пациентам их права, включая распространение информации, и рассматривало принятие мер для того, чтобы внебольничные роды при содействии акушерки были безопасным и доступным выбором для женщины».

66. В своих заключительных замечаниях по Чешской Республике от 14 марта 2016 г. (CEDAW/C/CZE/CO/6) Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин рекомендовал следующее:

«...4. Комитет приветствует прогресс, достигнутый после рассмотрения в 2010 году пятого периодического доклада государства-участника (CEDAW/C/CZE/CO/5) при проведении законодательных реформ, включая принятие:

(a) Закона № 372/2011 Coll. о медицинских услугах и условиях оказания таких услуг (Закон об услугах здравоохранения) с изменениями, внесенными Законом № 167/2012 Coll...

30. Комитет приветствует низкий уровень перинатальной смертности в государстве-участнике. Однако он озабочен продолжающимися сообщениями об условиях родов и оказании акушерских услуг в государстве-участнике, ненадлежащим образом, ограничивающим выбор женщин в сфере репродуктивного здоровья, включая:

(a) необязательное отделение новорожденных от их матерей при отсутствии медицинских показаний;

(b) непропорциональные ограничения домашних родов;

(c) частое использование эпизиотомии при отсутствии медицинской необходимости и вопреки предпочтению матери воздержаться от него;

(d) ненадлежащие ограничения использования акушерок вместо врачей/гинекологов в ситуациях, когда такое использование не представляет угрозу здоровью.

31. Комитет напоминает свою прежнюю рекомендацию о том, что государству-участнику следует ускорить принятие закона о правах пациентов, включая репродуктивные права женщин. При этом государство-участник должно:

(а) принять ясные рекомендации, обеспечивающие, чтобы отделение новорожденных от их матерей было обусловлено требованиями медицинской необходимости;

(б) установить систему пренатального ухода, которая допускает эффективную оценку целесообразности домашних родов и их выбора;

(с) в свете недавнего принятия Закона № 372/2011 Coll. о медицинских услугах и условиях оказания таких услуг обеспечить его эффективное исполнение в соответствии с Конвенцией, в том числе, за счет принятия и исполнения протокола по нормальному уходу при родах, обеспечивающего уважение прав пациентов и избегающего необязательных медицинских вмешательств, и обеспечить, чтобы все вмешательства осуществлялись только при наличии свободного, предварительного и информированного согласия женщины, обеспечить мониторинг качества помощи в родильных домах, обязательную подготовку всех медицинских сотрудников по поводу прав пациентов и связанных с ними этических стандартов, продолжать разъяснять пациентам их права, включая распространение информации; и

(д) принять меры, включая законодательные, для того, чтобы внебольничные роды при содействии акушерки были безопасным и доступным выбором для женщины...».

## V. СРАВНИТЕЛЬНО-ПРАВОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ

67. Из информации, предоставленной Европейскому Суду, следует, что планируемые домашние роды предусмотрены внутригосударственным законодательством и регулируются в 20 государствах – участниках Совета Европы (в Австрии, Бельгии, Дании, Эстонии, Франции, Германии, Греции, Венгрии, Исландии, Ирландии, Италии, Латвии, Лихтенштейне, Люксембурге, Нидерландах, Польше, Швеции, Швейцарии, Македонии и Соединенном Королевстве). В этих странах право на домашние роды не является абсолютным и всегда зависит от достижения определенных медицинских условий. Кроме того, внутригосударственное медицинское страхование предусматривает домашние роды только в 15 из этих стран.

68. Также представляется, что домашние роды не регулируются или недостаточно регулируются в 23 государствах-участниках (в Албании, Армении, Азербайджане, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, Финляндии, Грузии, Литве, Мальте, Республике Молдова, Монако, Черногории, Португалии, Румынии, Российской Федерации, Сан-Марино, Сербии, Словакии, Словении, Испании, Турции и на Украине). По-видимому, в некоторых из этих стран частные домашние роды имеют место, но в правовом вакууме и при отсутствии охвата национальной системой здравоохранения. Кроме того, не обнаружено законодательство, запрещающее участие акушерок в домашних родах. В весьма небольшом количестве обследо-

ванных государств-участников возможны дисциплинарные или уголовно-правовые санкции, которые, по-видимому, применяются редко.

## ПРАВО

### ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ НАРУШЕНИЕ СТАТЬИ 8 КОНВЕНЦИИ

69. Заявительницы жаловались на то, что законодательство Чешской Республики не допускает оказание им помощи медицинскими специалистами при домашних родах в нарушение их права на уважение личной жизни, гарантированного статьей 8 Конвенции, которая предусматривает следующее:

«1. Каждый имеет право на уважение его личной и семейной жизни, его жилища и его корреспонденции.

2. Не допускается вмешательство со стороны публичных властей в осуществление этого права, за исключением случаев, когда такое вмешательство предусмотрено законом и необходимо в демократическом обществе в интересах национальной безопасности и общественного порядка, экономического благосостояния страны, в целях предотвращения беспорядков или преступлений, для охраны здоровья или нравственности или защиты прав и свобод других лиц».

70. Власти Чешской Республики оспорили данный довод.

### А. ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПАЛАТЫ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА

71. В своем Постановлении от 11 декабря 2014 г. Палата Европейского Суда заключила, что по делу требования статьи 8 Конвенции нарушены не были. Она пришла к выводу, что роды являются особенно интимным аспектом личной жизни матери, охватывающим вопросы физической и психологической неприкосновенности, медицинского вмешательства, репродуктивного здоровья и защиты информации, связанной со здоровьем. Таким образом, решения относительно обстоятельств родов, включая выбор места родов, относятся к сфере личной жизни матери для целей статьи 8 Конвенции. Палата Европейского Суда находит целесообразным проанализировать жалобы заявительниц относительно негативных обязательств: тот факт, что для заявительниц было невозможным пользоваться услугами акушерок во время домашних родов, составлял вмешательство в их право на уважение их личной жизни.

72. Вмешательство было предусмотрено законом, так как, хотя законодательство не было совершенно ясным, заявительницы, тем не менее, могли предвидеть в разумной степени при имевшихся обстоятельствах, что содействие медицинского

специалиста при домашних родах не допускалось законом. Вмешательство отвечало законной цели, поскольку должно было защищать здоровье и безопасность новорожденного ребенка и, по крайней мере, косвенно матери.

73. Что касается того, было ли вмешательство необходимым в демократическом обществе, Палата Европейского Суда указала, что власти государства-ответчика имели право на широкие пределы усмотрения в связи с необходимостью оценки внутригосударственными властями экспертных и научных данных по поводу относительных рисков больничных и домашних родов, необходимостью активного государственного вмешательства из-за уязвимости новорожденных и зависимости от других, отсутствия ясной общей позиции среди государств-участников по вопросу домашних родов и, наконец, соображений общей социально-экономической политики, такой как выделение ресурсов на создание адекватной системы скорой помощи при домашних родах.

74. Палата Европейского Суда указала, что в то время как рассматриваемая ситуация имела серьезное влияние на свободу выбора заявительниц, власти Чешской Республики сосредоточились прежде всего на законной цели защиты наилучших интересов ребенка. В зависимости от их природы и серьезности интересы ребенка могли перевешивать интересы родителя, который не имел права в соответствии со статьей 8 Конвенции принимать меры, которые могли повредить здоровью и развитию ребенка. Хотя обычно отсутствует конфликт интересов матери и ребенка, определенные варианты места, обстоятельств или способа родов могли создать повышенный риск для здоровья и безопасности новорожденного, как свидетельствуют показатели перинатальных и неонатальных смертей.

75. Хотя большинство доступных Палате Европейского Суда исследований по поводу безопасности домашних родов свидетельствует, что отсутствовал повышенный риск по сравнению с больничными родами, это верно только при достижении определенных условий, а именно что роды характеризуются невысоким риском при условии помощи квалифицированной акушерки и проходят недалеко от больницы на случай чрезвычайной ситуации. Следовательно, такие ситуации, как в Чешской Республике, где медицинским специалистам не разрешено помогать матерям при домашних родах и отсутствует специализированная неотложная помощь, реально повышали угрозу для жизни и здоровья матери и новорожденного. Однако вместе с тем власти Чешской Республики утверждали, что риск для новорожденного ребенка был выше в случае домашних родов, и действительно, даже если беременность не имела видимых осложнений, во время родов могли возникнуть непредвиденные трудности, требовавшие специализированного медицинского вмешательства.

С учетом обстоятельств дела Палата Европейского Суда решила, что нельзя утверждать, что на таких матерей, как заявительницы, было возложено непропорциональное и чрезмерное бремя и что, соответственно, при принятии и применении политики, относящейся к домашним родам, власти Чешской Республики не вышли за предоставленные им широкие пределы усмотрения или не нарушили требуемое справедливое равновесие между конкурирующими интересами.

76. Наконец Палата Европейского Суда отметила, что, несмотря на указанный вывод, власти должны держать соответствующие нормы под постоянным контролем, принимая во внимание медицинские, научные и правовые факторы.

## В. ДОВОДЫ СТОРОН В БОЛЬШОЙ ПАЛАТЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА

### 1. Заявительницы

(a) *Негативные или позитивные обязательства*

(i) Заявительница Дубска

77. Заявительница Дубска утверждала, что настоящее дело касалось защиты здоровья женщин и их детей, которое серьезно умалялось, когда государство разрешало женщинам рожать дома, но принимало правила, делавшие невозможным получение помощи акушерок. Со ссылкой на Постановление Палаты Европейского Суда она утверждала, что государство вмешалось в ее личную жизнь. Хотя дело могло быть проанализировано через призму негативных и позитивных обязательств, она считала целесообразным оценивать дело в первую очередь с точки зрения негативного обязательства, поскольку тот факт, что акушеркам запрещалось помогать беременным женщинам при домашних родах, мог рассматриваться как вмешательство в ее права на уважение личной жизни. Иными словами, в качестве прямого следствия политики государства заявительница Дубска не могла воспользоваться услугами акушерки при родах.

(ii) Заявительница Крейзова

78. Заявительница Крейзова утверждала, что ее неспособность эффективно выбрать альтернативную модель деторождения и требование подчиниться акушерской модели помощи при родах в больнице, что вынуждало ее терпеть насилие со стороны акушерки, представляло серьезное нарушение ее права принимать решение по поводу способа родов и составляло вмешательство в ее право на физическую и психологическую неприкосно-

венность в соответствии со статьей 8 Конвенции. Хотя она полагала, что обстоятельства ее дела требовали оценки прежде всего с точки зрения позитивных обязательств властей Чешской Республики, заявительница считала необходимым применить комплексный подход к оценке того, был ли понесенный ею ущерб оправданным в свете применимых принципов Конвенции, имея в виду, что основополагающие принципы законности, легитимности и пропорциональности присущи и негативным, и позитивным обязательствам государства.

(b) Являлось ли вмешательство законным

(i) Заявительница Дубска

79. Заявительница Дубска утверждала, что правовая система Чешской Республики допускала такое толкование, что разрешалась помощь специалиста-медика при домашних родах. Поскольку существовала правовая основа, которая регулировала обязанности акушерок, право женщин на самоопределение, информированное согласие и введение домашней помощи, которая также включала помощь специалиста-медика при домашних родах, можно было считать, что имелась минимальная правовая и институциональная среда, которая разрешала женщинам выбирать место своих родов. Заявительница полагала, что признание возможности выбора домашних родов не требовало наличия подробных и явных правил или усиления существующих неотложных служб. Кроме того, неотложные службы уже были доступны любой женщине в Чешской Республике независимо от того, где она решила рожать, и от того, присутствовал ли специалист-медик при родах или нет.

80. Заявительница утверждала, что в то время, как законодательство о домашних родах предусматривало право пациентов принять решение и гарантировало, что они могут выбрать домашние роды в качестве законной альтернативы, это законодательство или, по крайней мере, его толкование не было ясным или определенным относительно возможности предоставления услуг акушерки в домашних условиях.

81. Декрет № 221/2010, вступивший в силу 1 сентября 2010 г., не внес изменений в регулирование домашних родов и не установил запрет на оказание помощи во время домашних родов. Декрет определил три возможных рабочих места для акушерок: рабочее место, где допускалось деторождение, рабочее место, где не разрешалось физиологическое деторождение, и кабинет акушерки для домашней помощи. Фактически указанный декрет не запретил акушеркам принимать домашние роды, поэтому было неясно, могла или нет акушерка, имевшая кабинет для домашней помощи, оказывать помощь при домашних родах вне ее рабочего места. Заявительница добавила в этой связи, что

статья 18(1) Закона об охране народного здоровья разрешала помощь на дому в качестве части медицинской помощи. Декрет не регулировал подробно акушерскую помощь. Заявительница утверждала, что даже акушерка, имевшая зарегистрированное рабочее место, где деторождение не разрешалось, могла предложить помощь при больничных родах и сопровождать женщину в больницу, хотя бы она в ней не работала, если она заключила с ней специальный контракт. Декрет действовал только до 31 марта 2012 г. и поэтому не мог изменить двусмысленную ситуацию, которая существовала до его принятия. Фактически согласно статье 2(1) рассматриваемого декрета уже действовавшим учреждениям здравоохранения был предоставлен 12-месячный промежуточный срок для соблюдения его требований. Заявительница отметила в этой связи, что ко времени ее родов декрет действовал только восемь месяцев и существующие учреждения здравоохранения, включая акушерские, которым предстоял неясный и непредсказуемый процесс регистрации, не были обязаны его соблюдать.

82. Со ссылкой на Постановление Европейского Суда по делу «Гиллан и Кинтон против Соединенного Королевства» (Gillan and Quinton v. United Kingdom) (жалоба № 4158/05, § 77, ECHR 2010 (извлечения)) заявительница подчеркнула, что действующее законодательство не установило ограничений для решений Министерства здравоохранения по поводу условий, в которых акушерки могли работать в Чешской Республике. Кроме того, в отсутствие прямого регулирования домашних родов не имелось ясных или транспарентных правил, установленных для региональных офисов, для определения того, каким акушеркам могла быть предоставлена лицензия, и объема такой лицензии.

83. Только после того, как заявительница родила, Закон о медицинских услугах (№ 372/2011) был принят и вступил в силу (1 апреля 2012 г.) совместно с Декретом № 92/2012. Заявительница утверждала, что содержание и принципы правового регулирования остались неизменными. Действительно, Закон о медицинских услугах предусматривал помощь на дому как одну из форм медицинской помощи с одним из ее вариантов сестринской помощи (статья 10). Заявительница указала, что определение сестринской помощи явно указывало медицинскую помощь, оказываемую во время беременности и деторождения (статья 5(2)(g)). Вместе с тем декрет установил требования к техническому оборудованию для акушерок, оказывающих помощь на дому (приложение № 9). Однако закон содержал новое положение, устанавливающее право пациентов на получение медицинских услуг в наименее ограничительном окружении, насколько это возможно, при условии, что качество и безопасность таких услуг также были обеспечены (статья 28(3)(k)). Заявительница подчеркнула, что ни закон, ни декрет не содержали

ограничений, препятствующих акушеркам в оказании медицинских услуг во время домашних родов в форме помощи на дому. Тем не менее власти Чешской Республики и другие публичные органы толковали законодательство таким образом, что акушеркам не разрешается оказывать помощь при домашних родах, и это имело явное сдерживающее влияние на акушерок, которые не хотели оказывать подобную помощь. Заявительница утверждала, что законодательство не было доступным и предсказуемым в его применении, поскольку были возможны его различные толкования. Таким образом, заявительница Дубска оспорила заключение Палаты Европейского Суда о том, что она могла разумно предвидеть, что помощь медицинского персонала при домашних родах не будет разрешена законом.

(ii) Заявительница Крейзова

**84.** Заявительница Крейзова согласилась с властями Чешской Республики в том, что внутригосударственное законодательство не разрешало оказывать помощь при домашних родах во время ее родов в мае 2012 года. Вместе с тем она подчеркнула, что во время большей части ее беременности на нее распространялось законодательство, действовавшее до апреля 2012 года. В этом отношении заявительница напомнила, что до 1 апреля 2012 г. отсутствовало законодательное ограничение оказания акушерками медицинской помощи во время домашних родов. Для оказания помощи акушерке требовалось, в частности, наличие «операционной» лицензии, позволяющей ей считаться негосударственным медицинским объектом. После принятия Декрета № 221/2010, который обязывал акушерок иметь эквивалентные людские, материальные и технические ресурсы в родовом помещении родильного дома, ни одной акушерке не выдавалась подобная лицензия. Однако хотя указанный декрет вводил обширные требования к акушеркам с точки зрения оборудования, он не прекращал автоматически действия уже выданных лицензий. В результате в то время, как они были ограничены доступностью обязательного оборудования, были акушерки, которые теоретически могли осуществлять свою деятельность в соответствии с ранее действовавшими правилами или ранее существовавшим правовым вакуумом. В итоге беременные женщины находились в правовой неопределенности относительно того, смогут ли они воспользоваться помощью акушерки во время домашних родов, и у акушерок не было той же определенности относительно возможности законного оказания такой помощи. Подобная ситуация противоречила понятиям предсказуемости и отсутствия произвола.

**85.** Что касается законодательства, введенного в 2012 году, а именно Декрета № 92/2012, который в целом устанавливал сходные широкие

требования к акушеркам с точки зрения наличия людских, материальных и технических ресурсов, заявительница утверждала, что он нарушал обязательную процедуру принятия подзаконных актов Министерством здравоохранения. Министерства обязаны обеспечивать, чтобы в отношении новых правил проводилась оценка регулятивного влияния. В то же время такая оценка не проводилась, не говоря уже о публикации с начала процесса принятия Декретов №№ 221/2010 и 92/2012, с тем результатом, что отсутствовал эффективный публичный контроль за осуществлением законодательных полномочий, которым наделялось Министерство здравоохранения.

(с) Законная цель

(i) Заявительница Дубска

**86.** Заявительница Дубска утверждала, что Палата Европейского Суда неправомерно приняла предполагаемую законную цель, на которую ссылались власти Чешской Республики. По ее мнению, проводимая государством политика не имела следствием защиту здоровья и жизни женщины и ее детей, а, наоборот, усиливала угрозы для их здоровья и жизни. Отсутствовала логическая связь между провозглашенной законной целью защиты жизни и здоровья женщины и детей, с одной стороны, и вмешательством в право на защиту личной жизни, состоящим в воспрепятствовании в оказании медицинской помощи во время домашних родов, с другой стороны. Напротив, запрет оказания квалифицированной помощи подвергал женщин повышенным угрозам для их здоровья и жизни.

(ii) Заявительница Крейзова

**87.** Заявительница Крейзова отмечала, что в настоящем деле отсутствовала законная цель, которую можно было преследовать путем воспрепятствования ей в использовании помощи акушерки.

**88.** Принцип законности по существу требовал, чтобы преследуемая цель была конкретной. Это обусловило подробное осознание государством специфического вопроса, требующего регулирования, и любых недостатков или необходимости улучшения. Заявительница подчеркнула, что необходимость подробного знания выдвинулась на первый план при принятии во внимание сложного вопроса в настоящем деле, который требовал оценки медицинскими экспертами, и научных данных по поводу относительных рисков больничных и домашних родов. Поскольку власти Чешской Республики приняли специальное законодательство, полностью лишаящее женщин возможности помощи акушерки при плановых родах вне больницы, было бы разумно ожидать, что такая мера может быть основана на достаточном экспертном анализе и научных

данных, оправдывающих ее, чтобы отвечать критерию законности.

89. Действительно, до того, как женщинам в Чешской Республике было отказано в праве принимать решения относительно обстоятельств родов в 2010 и 2012 годах, с 1992 года они имели правовую возможность пользоваться услугами акушерки во время домашних родов. Следовательно, у властей Чешской Республики было два десятилетия, чтобы получить научные данные по поводу акушерской помощи вне больниц и провести полный анализ такой помощи. Однако они даже не утверждали, что провели подобный базовый анализ, поэтому, лишая женщин в 2010 и 2012 годах права принимать решения относительно обстоятельств родов, власти Чешской Республики в действительности не знали, какие конкретные негативные аспекты и риски относительно помощи при домашних родах должно было устранить соответствующее законодательство и какую конкретную позитивную цель следует достичь.

(d) «Необходимость в демократическом обществе»

(i) Заявительница Дубска

90. Заявительница Дубска полагала, что настоящее дело следует отличать от дел «Штюбинг против Германии» (*Stübing v. Germany*) (Постановление от 12 апреля 2012 г., жалоба № 43547/08) и «А, В и С против Ирландии» (*A, B and C v. Ireland*) (Постановление Большой Палаты Европейского Суда, жалоба № 25579/05, *ECHR* 2010), которые упоминались Палатой. Европейский Суд решил, что оба дела касались вопросов «морального» характера и что дело «А, В и С против Ирландии» затрагивало вопросы особой «чувствительности» в данной стране и это позволило допустить широкие пределы усмотрения, несмотря на существование общей позиции или консенсуса среди государств-участников.

91. Заявительница утверждала, что настоящее дело не затрагивало моральные или чувствительные вопросы и власти Чешской Республики не предполагали, что речь идет о подобных проблемах, или что цель или интерес, преследуемый вмешательством государства в права заявительницы, предусмотренные статьей 8 Конвенции, заключались в защите общественной нравственности. Кроме того, Палата Европейского Суда ошибочно установила отсутствие явной общей позиции относительно квалифицированных помощников при домашних родах. Фактически 16 из 32 государств – участников Совета Европы прямо допускали возможность оказания квалифицированной помощи во время домашних родов при наличии определенных условий, в пяти странах это прямо не регулировалось, но допускалось на практике,

и в двух государствах законодательство, допускающее домашние роды, еще только разрабатывалось. Заявительница придерживалась мнения о том, что имела существенная общая позиция среди государств-участников относительно лучшего способа защиты интересов женщин, желающих рожать дома, путем разрешения акушеркам оказывать им квалифицированную помощь.

92. Заявительница также утверждала, что карательный подход, принятый властями Чешской Республики, мог затронуть использование женщинами других фундаментальных прав, таких как право на жизнь и здоровье. Делая домашние роды менее безопасными для женщин, государство могло поставить иные права под угрозу. В результате пределы усмотрения должны быть узкими. Заявительница добавила, что консенсус государств-участников поддержало международное экспертное заключение по вопросам материнского здоровья и важности присутствия при родах квалифицированных помощников. Она ссылаясь в этой связи на заключения Всемирной организации здравоохранения.

93. Заявительница отметила, что признание Палатой Европейского Суда спорности условий в большинстве чешских больниц, что касается уважения выбора матерей, было эвфемистическим способом описания обращения, которое часто достигало уровня бесчеловечного и унижающего достоинство обращения, запрещенного статьей 3 Конвенции. По ее мнению, больничные роды в Чешской Республике были связаны с высоким риском проведения процедур, которые не уважали выбор женщин и часто даже причиняли ущерб их здоровью или здоровью новорожденного ребенка. Кроме того, внутригосударственные суды неоднократно уклонялись от предоставления защиты в случае нарушения прав женщин в родильных домах Чешской Республики. Это представляло вид насилия, который полностью игнорировался и преуменьшался в контексте Чешской Республики.

94. Заявительница также подчеркивала, что государственная политика воспрепятствования акушеркам или иным квалифицированным помощникам в оказании помощи женщинам во время домашних родов была несовместима с международными стандартами относительно устранения предотвратимой материнской и детской смертности и заболеваемости. Вместе с тем, без сообщения подробностей, заявительница утверждала, что ситуация в Чешской Республике расходилась с обязательствами государств в соответствии с законодательством Европейского союза.

(ii) Заявительница Крейзова

95. Заявительница утверждала, что право женщин выбирать способ родов включало общее понятие выбора, которое охватывало количественные

и качественные компоненты, требующие совместного удовлетворения.

96. Сторонами не оспаривалось, что Закон о медицинских услугах и Декрет № 92/2012 запрещали помощь акушерки при любых родах вне больниц и что, если заявительница намеревалась получить помощь квалифицированного медицинского персонала, она должна была рожать в больнице. Таким образом, порядок деторождения в Чешской Республике являлся безальтернативным, будучи по существу несовместим с понятием выбора женщинами способа родов.

97. Заявительница также указала, что вопросы беременности, родов и пределов свободы усмотрения женщин в этом отношении также порождали существенные гендерные проблемы. Репродуктивные права женщин по существу составляют женскую зону, подавляемую мужчинами, в частности, путем релокации и трансформации деторождения медицинскими специалистами, что ослабляло природную ответственность женщин. Эта релокация привнесла новое понятие иерархии в сферу беременности и деторождения, которое расходилось с помощью акушерки в рамках целостного феминистского подхода к деторождению. В маскулинном поле биомедицинского акушерства тело женщины утратило свою фундаментальную индивидуальность и стало уязвимым в столкновении с мужским медицинским экспертом, действующим в качестве разновидности публичного органа.

98. Заявительница напомнила, что беременность и деторождение являются наиболее интимными аспектами жизни женщины, тогда как интимность деликатного акта деторождения по существу включала раскрытие тела женщины и ее глубочайших эмоций другим лицам. Право на самоопределение включало свободу решать, показывать ли тело вообще и в какой степени определенным третьим лицам. Однако роды женщин не могли *ipso facto* допускать ту же степень контроля над их телами в этом отношении, поскольку они были вынуждены разделять свою самую интимную сферу с третьими лицами во время деторождения. Ввиду наличия присущих ограничений права женщины на самоопределение в этом контексте требовались механизмы компенсации подобных ограничений. Право женщины принимать решения относительно обстоятельств родов являлось одним из наиболее значительных механизмов данного вида. Таким образом, заявительница утверждала, что ее право решать относительно обстоятельств родов в качестве механизма компенсации ограниченной свободы самоопределения в принципе не допускало дополнительных ограничений, вытекающих из пределов усмотрения властей Чешской Республики, которые, в том числе по этой причине, должны были быть узкими.

99. В отношении европейского консенсуса по данному вопросу заявительница отметила, что

из 33 государств – участников Конвенции только четыре, включая Чешскую Республику, сделали внебольничные ассистируемые роды незаконными и влекущими санкции в отношении медицинских специалистов. Поскольку наличие европейского консенсуса сужало пределы усмотрения властей Чешской Республики с точки зрения количественного аргумента, концепция Конвенции как живого инструмента дополнительно уменьшала пределы усмотрения властей Чешской Республики по качественным основаниям. По мнению заявительницы, пределы усмотрения были еще более узкими, когда общие ценности государств-участников определялись не только в Конвенции, но и в других международных инструментах, независимо от того, были ли они обязательными или ратифицированы ли их большинство государств – участников Конвенции, а также в свете общей практики, морального климата и поведения, допускаемого в государствах-участниках.

100. Заявительница также утверждала, что монополизация больничной помощи не представляла выгоду с точки зрения безопасности для новорожденных, но в действительности повышала угрозы для матери, включая угрозу акушерского насилия, и что домашние роды не имели отрицательного влияния на перинатальную смертность.

101. В отношении справедливого равновесия, которое должно быть установлено между конкурирующими частными и публичными интересами, поскольку домашние роды были безопаснее для матерей низкорисковых ожиданий, чем больничные роды, поскольку не включали каких-либо инвазивных, рутинных и вредных процедур, публичный интерес в здоровье и безопасности будущих матерей не мог считаться интересом, перевешивающим личное право заявительницы. Кроме того, здоровье и безопасность новорожденного также не являлись рассматриваемым публичным интересом. Действительно, доказано, что медицинское деторождение в больнице и ассистируемые домашние роды обеспечивали одинаковый уровень безопасности и здоровья для новорожденного ребенка. Таким образом, поскольку с точки зрения безопасности акушерская модель деторождения не давала лучших результатов, чем ассистируемые домашние роды, данный интерес также не мог составлять действительный публичный интерес, который мог перевешивать право заявительницы выбирать способы родов.

102. По мнению заявительницы, имелись и другие причины в поддержку вывода о том, что между конкурирующими интересами отсутствовали пропорциональность и справедливое равновесие, такие как требование подвергаться нежелательной медицинской помощи, отрицательные последствия действий властей Чешской Республики по поводу деторождения вне больницы и нарушение властями Чешской Республики их обязательств в соответствии с международными договорами.

## 2. Власти Чешской Республики

**103.** Прежде всего власти Чешской Республики информировали Европейский Суд по поводу недавнего изменения в вопросах акушерства и связанных с ним прав женщин. Они указали, что в 2014 году был создан новый правительственный экспертный комитет с участием специалистов в разных областях, включая представителей получателей помощи, ассоциаций акушеров, врачебных ассоциаций, Министерства здравоохранения, компаний медицинского страхования и юристов. Комитет сосредоточился на сложной ситуации в акушерско-базовой системе помощи в Чешской Республике, включая вопросы, относящиеся к уважению прав и пожеланий женщин, такие как право выбирать среди различных обстоятельств, в которых рожать. Комитет должен был выступать в качестве экспертного органа с возможностями дачи рекомендаций, в том числе законодательного характера, властям Чешской Республики через правительственный совет по равным возможностям женщин и мужчин.

**104.** Власти Чешской Республики также указали, что в 2015 году Чешское гинекологическое и акушерское общество выступило с официальным заявлением, в котором определило ведущие принципы акушерской помощи в стране: оказание такой помощи врачами и акушерками только в адекватно оборудованных помещениях и в непосредственной близости к центрам медицинской помощи более высокого уровня, тесное сотрудничество между врачами и акушерками в сфере акушерской помощи, общая практика помощи акушеров в случаях физиологической беременности, оказание помощи согласно регулярно обновляемым руководствам, отражающим текущие научные и международные тенденции, и приверженность правам пациентов на уважительную помощь, индивидуальность и автономию.

**105.** Они также сослались на несколько научных работ, опубликованных в Американском журнале акушерства и гинекологии с 2013 года, основанных на новых исследованиях безопасности родов в отношении различных родовых способов и родовых помощников. Согласно выводам исследований домашние роды были тесно связаны с худшими результатами, чем роды в адекватно оборудованных учреждениях здравоохранения, независимо от присутствия помощника при родах. Таким образом, домашние роды не отвечали текущим стандартам безопасности пациента в акушерстве, поскольку влекли необязательный, предотвратимый и невосполнимый риск вреда для беременных женщин, эмбриональных и неонатальных пациентов.

### *(a) Негативные или позитивные обязательства*

**106.** Власти Чешской Республики считали, что дело должно быть рассмотрено исключительно

с точки зрения перспективы позитивных обязательств. Они отмечали, что действующее законодательство не запрещало беременным женщинам рожать в частном доме, и власти не устанавливали каких-либо санкций в подобных делах. Соответственно, по мнению властей Чешской Республики, ключевой вопрос в настоящем деле заключался в том, чтобы государство расширило текущий объем медицинской помощи, предоставляемой женщинам, рожающим в Чешской Республике. Оказание медицинской помощи в целом являлось сферой, где умолчание было правилом, поэтому государство могло гарантировать определенные качество и стандарт для частной и публичной медицинской помощи. Чтобы «разрешить» помощь медицинских специалистов при домашних родах, власти Чешской Республики должны были создать значительную законодательную и административную базу в дополнение к другим возможностям, включая изменение системы оказания неотложной помощи.

**107.** В качестве альтернативы власти Чешской Республики предложили Европейскому Суду оставить открытым вопрос о том, шла ли речь о негативных или позитивных обязательствах государства, сославшись, в частности, на дело «Христовов и другие против Болгарии» (Hristozov and Others v. Bulgaria) (жалобы №№ 47039/11 и 358/12, ECHR 2012 (извлечения)).

**108.** Однако если Европейский Суд решит рассмотреть настоящее дело с точки зрения негативных обязательств, власти Чешской Республики утверждали, что отсутствовало вмешательство в право заявительницы на уважение ее личной жизни: действующее законодательство не запрещало беременной женщине рожать в частном доме, и власти не наказывали ее за это.

### *(b) Законность*

**109.** Власти Чешской Республики утверждали, что положения Закона о медицинских услугах явно устанавливали, что помощь медицинских специалистов при родах составляла медицинскую помощь, которая может быть оказана только в учреждениях здравоохранения при удовлетворении ряда ясно определенных минимальных требований, изложенных в подзаконном акте. Имелись прямые исключения из правила о том, что медицинская помощь должна оказываться в адекватно оборудованных учреждениях здравоохранения в местах, указанных в лицензии. Они включали медицинскую помощь, оказываемую в собственной социальной среде пациентки (например, в частных домах) и неотложную медицинскую помощь. Власти Чешской Республики подчеркивали, что помощь при плановых родах не относилась ни к одному такому исключению. В частности, она не являлась медицинской помощью, оказываемой

в собственной социальной среде пациента, как определено в статье 10 Закона о медицинских услугах, поскольку это положение прямо указывало, что, если медицинская помощь оказывается в собственной социальной среде пациента, допускается проведение только тех медицинских процедур, которые не относятся к требованиям по поводу технического и материального оборудования, необходимого для их оказания в учреждениях здравоохранения. Однако помощь при родах подпадала под такие требования.

**110.** Следовательно, региональные власти не могли и не выдали лицензию на оказание услуг здравоохранения акушеркам в сфере, влекущей оказание подобных услуг при домашних родах. Без лицензии учреждение, оказывающее услуги здравоохранения, не имело права оказывать услуги здравоохранения.

**111.** Власти Чешской Республики также утверждали, что соответствующая правовая база обеспечивала правовую определенность и предсказуемость, поскольку содержала недвусмысленные и точные требования, которые должны были быть исполнены при оказании помощи плановым родам независимо от того, оказывалась ли подобная помощь акушеркой или врачом. Вопреки законодательству Венгрии, которое критиковалось Европейским Судом за отсутствие предсказуемости в деле «Терновски против Венгрии» (Ternovszky v. Hungary) (Постановление от 14 декабря 2010 г., жалоба № 67545/09), законодательство Чешской Республики предусматривало, что медицинские специалисты, включая акушеров, могли оказывать помощь при родах только в адекватно оборудованных помещениях с явно определенными требованиями, подлежащими исполнению для оказания такой медицинской помощи.

*(с) Законная цель*

**112.** Власти Чешской Республики полагали, что данная политика должна защитить здоровье и безопасность новорожденного ребенка во время и после родов и, по крайней мере, косвенно здоровье матери. Эти интересы отражали общие законные цели защиты здоровья и защиты прав других лиц.

*(d) «Необходимость в демократическом обществе»*

**113.** Власти Чешской Республики подчеркнули, что для обеспечения публичного интереса в защите здоровья и жизни одной из основных задач государства было обеспечение и поддержание определенного стандарта и качества медицинской помощи независимо от того, оказывалась ли она на публичной или частной основе. Следовательно, государство не должно принуждать к допущению

формы медицинской помощи, которую оно не считает безопасной.

**114.** Власти Чешской Республики также отметили, что применимое внутригосударственное законодательство, направленное на обеспечение того, что медицинская помощь оказывалась в «безопасных местах родов», то есть в адекватно оборудованных помещениях, близких к более высокому уровню медицинской помощи, для минимизации рисков для здоровья и жизни новорожденного или матери в случае внезапных осложнений. Понижение этих медицинских стандартов могло повысить риски, связанные с оказанием медицинской помощи в процессе деторождения, и понизить уровень и качество такой помощи.

**115.** По мнению властей Чешской Республики, противоречия между требованиями заявителей и обязательствами согласно праву на жизнь и здоровье подкрепляли мнение властей Чешской Республики о том, что право на уважение личной жизни не могло толковаться столь широко, чтобы требовать от государства создание базы, позволяющей оказывать медицинскую помощь во время домашних родов, когда власти в сотрудничестве с экспертами в сфере акушерства и родовспоможения определили, что наиболее целесообразная государственная политика, отражающая важный вышеупомянутый публичный интерес, должна была обеспечивать свободный доступный уход в местах с адекватным медицинским оборудованием и возможностью быстро реагировать на чрезвычайные ситуации. Одной лишь акушерской помощи при домашних родах было недостаточно. При наличии внезапных осложнений новорожденный мог стать объектом рисков, которых, однако, можно было избежать. Медицинские специалисты, включая акушеров, не могли эффективно справляться с такими осложнениями в частных домах, поскольку эти помещения не были надлежащим образом оборудованы для такой цели и часто не находились в непосредственной близости от центров более высокого уровня медицинской помощи. Иными словами, в случаях плановых родов медицинская помощь не была бы оказана в безопасном месте для родов.

**116.** Власти Чешской Республики также утверждали, что рассматриваемое законодательство требовало от медицинских специалистов проводить плановые роды только в адекватно оборудованных помещениях и в непосредственной близости от центров более высокого уровня медицинской помощи. Данные требования не могли рассматриваться как меры, специально препятствующие акушеркам в оказании помощи при домашних родах, но как минимально необходимые стандарты оказания медицинской помощи при любых плановых родах. Подобные минимальные требования не были чрезмерными, эффективно обслуживая цель сведения к минимуму рисков острых осложнений

путем их своевременного выявления и обеспечения быстрого решения.

117. Со ссылкой на несколько примеров из хорошей практики власти Чешской Республики также не согласились с выводом Палаты Европейского Суда о том, что условия в большинстве больниц страны были спорными, что касается уважения выбора матерей. Они утверждали, что надлежащее значение уделялось частным затронутым интересам и что политика рождаемости в Чешской Республике была направлена на обеспечение целесообразного равновесия с учетом интересов ребенка и матери. Власти Чешской Республики отметили, что существовала ясная и доказанная тенденция во внутригосударственных родильных домах в отношении обеспечения прав беременных женщин, включая право выбирать из широкого круга способов для родов.

118. Власти Чешской Республики обратили внимание Европейского Суда на Европейский доклад о состоянии перинатального здоровья 2013 года, согласно которому Чешская Республика имела самую низкую фетальную смертность, а также, как и Исландия и Кипр, самую низкую неонатальную смертность в Европе (см. § 29 настоящего Постановления). Власти Чешской Республики отметили, что эти объективные исключительные результаты были первоначально вызваны сложной системой акушерской помощи высокого уровня и действующим законодательством, обеспечивающим, чтобы данная медицинская помощь (а именно помощь при родах) могла оказываться только в адекватно оборудованных помещениях. Власти Чешской Республики подчеркнули в этой связи, что такая помощь оказывалась бесплатно всем беременным женщинам.

119. В целом власти Чешской Республики выразили свое твердое убеждение в том, что в связи с самой природой данной проблемы, включающей сложные вопросы политики здравоохранения, в том числе экспертные и научные соображения и иные общие аспекты экономической политики, власти государства-ответчика имели широкие пределы усмотрения, за которые они не вышли в настоящем деле.

120. Кроме того, власти Чешской Республики оспаривали объяснения некоторых третьих сторон. В отношении доводов, представленных общественным защитником прав, власти Чешской Республики указали, что они не указывают достоверный источник информации для целей настоящего дела, в частности, с учетом того факта, что ссылались на немногочисленные жалобы на предполагаемое ненадлежащее обращение с женщинами в родильных домах Чешской Республики, составляющие ничтожную часть всех случаев деторождения, имевших место в стране, которые сама общественный защитник не полностью рассмотрела и определила.

121. Они также оспаривали часть информации, включенной в объяснения Чешского союза акушеров (*Unie porodních asistentek – UNIPA*).

122. Наконец, что касается Королевского колледжа акушеров, который выступал за наличие системы, наподобие существовавшей в Соединенном Королевстве, власти Чешской Республики указали, что в Европе существовали разные культуры и системы здравоохранения с существенными различиями, часть которых показывали более удовлетворительные результаты, чем в Соединенном Королевстве. По мнению властей Чешской Республики, третья сторона не упомянула, что Чешская Республика имела один из наиболее низких показателей перинатальной смертности в Европе и что соответствующие показатели в Соединенном Королевстве были намного хуже. Английская система здравоохранения не давала более объективные результаты. Власти Чешской Республики полагали, что Европейский Суд не должен высказываться о различных практических мерах, доступных для организации систем здравоохранения.

### 3. Объяснения третьих сторон

#### (a) Власти Хорватии

123. Власти Хорватии отметили, что их страна имеет схожий законодательный порядок в отношении домашних родов по сравнению с действующим в Чешской Республике.

124. По мнению властей Хорватии, планируемые домашние роды в свете всех известных им научных выводов по-прежнему представляют менее безопасный выбор по сравнению с полнобольничными родами. Они отметили, что Комиссия по перинатальной медицине Министерства здравоохранения Республики Хорватия придерживается мнения о том, что больницы являются самым безопасным местом для проведения родов, дающим матери и новорожденному наилучшие гарантии сохранения их здоровья и жизни. Как таковой вопрос о том, должно ли государство позволить своему медицинскому персоналу участвовать в подобных родах, относится к его собственным пределам усмотрения, что означает, что каждая Договаривающаяся Сторона должна быть абсолютно свободна для принятия решения на основе собственной оценки многочисленных факторов, которые следует учесть, предоставлять ли такую альтернативу своим гражданам или нет. Власти Хорватии полагали, что Договаривающиеся Стороны не должны принуждаться делать выбор в пользу домашних родов и что дух Конвенции не требует, чтобы законодательные меры или практики в этих целях принимались в каждой Договаривающейся Стороне. Однако это не означает, что Договаривающаяся Сторона должна полностью пренебречь тем фак-

том, что существенное количество женщин не чувствует себя комфортно в больничном окружении и что определенные отрицательные последствия в отношении родов могут быть связаны с конкретными чувствами дискомфорта и страха.

**125.** Однако власти Хорватии не считали, что решение этой проблемы связано с обязательным введением ассистируемых домашних родов. Компромисс может быть найден в имплементации мер, направленных на предоставление более высокого уровня больничного комфорта. Обеспечение приближающегося к дому больничного окружения, возможности партнера или близких родственников присутствовать при родах, размещение, уважение пожеланий беременных женщин до и во время родов, что касается выбора доступных медицинских процедур, и альтернативные позиции для женщин во время родов являлись возможными способами предоставления лучшего в двух подходах.

**126.** Власти Хорватии отметили, что уважение пожеланий женщин относительно вышеупомянутых аспектов в контексте статьи 8 Конвенции, несомненно, относилось к сфере Конвенции, однако этого нельзя сказать об ассистируемых домашних родах.

*(b) Власти Словакии*

**127.** Власти Словакии согласились с выводом Палаты Европейского Суда о том, что в настоящем деле требования статьи 8 Конвенции не были нарушены. В то же время они утверждали, что было бы более целесообразно рассмотреть дело с точки зрения позитивного, а не негативного обязательства государства.

**128.** Со ссылкой на статью 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, статью 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статью 24 Конвенции о правах ребенка и пункты 15, 90 и 94 Общего комментария № 15 (2013) к последней Конвенции власти Словакии отметили, что государства имеют важное позитивное обязательство регулировать и организовать свою систему для оказания медицинской помощи в отношении родов. Это включает обеспечение адекватного обучения всех лиц, оказывающих услуги здравоохранения, и других причастных к этому лиц, надзор и обеспечение соблюдения существующих медицинских, материальных прав и прав человека и других относимых стандартов и в этом контексте функционирование системы постоянного мониторинга и пересмотра этих стандартов. Тем не менее цель должна состоять в обеспечении защиты и использования права на жизнь и здоровье женщины, а также ребенка.

**129.** Власти Словакии сознавали позитивное обязательство государства по защите жизни и здоровья ребенка и обеспечения ребенку наи-

высшего достижимого стандарта медицинской помощи, а также связанные с этим обязанности. По их мнению, было невозможно исполнить это обязательство в случае домашних родов. Согласно законодательству Словакии оказывающие услуги здравоохранения учреждения обязаны иметь доступ к материальному и техническому оборудованию, указанному в применимых правилах. Квалифицированные акушерки имеют право индивидуального оказания помощи в учреждениях здравоохранения только в случае физиологических родов, во время которых требуется эпизиотомия. Домашние роды порождали угрозы для матери и ребенка, которые не устранялись базовыми возможностями, имеющимися дома.

**130.** Власти Словакии отметили, что, поскольку показатель рождений вне учреждений здравоохранения в Словацкой Республике составляет 0,36% (198 родов) согласно самым последним данным (с 2013 года), было невозможно осуществить статистическую оценку степени безопасности этого способа родов. Статистика западноевропейских стран, где разрешены домашние роды, показывает, что существенная доля таких родов требует перевозки в больницу, например, в Германии в 2013 году до 11,3% домашних родов требовали перевозки в больницу во время родов и в 0,1% случаев ребенок родился во время перевозки.

**131.** Кроме того, большинство родов осуществлялись не по плану, и могли возникнуть непредвиденные обстоятельства и явная угроза для здоровья и жизни матери и ребенка. Невозможно предвидеть, закончится ли беременность физиологическими родами, или они потребуют срочного вмешательства или экстренной операции. Роды в любом случае представляли собой динамичный процесс, который мог осложниться на любой стадии с прямой угрозой для жизни плода и, конечно, роженицы. Ни одно из этих осложнений не могло быть устранено дома, как свидетельствовали роды с длительными последствиями для ребенка или для матери. Такие проблемы, как острая гипоксия для ребенка или эмболизм либо кровотечение для матери не могли быть устранены вне учреждений здравоохранения. Еще одна тенденция, которая не учитывается, это постоянно растущий возраст матерей и связанные с этим осложнения. Согласно статистике Национального центра информации о здоровье в Словацкой Республике в 2013 году 6 292 новорожденным потребовалась медицинская помощь в специализированных неонатальных учреждениях, иными словами, примерно одному из каждых восьми-девяти новорожденных детей требовалась специализированная интенсивная медицинская помощь.

**132.** Что касается широких пределов усмотрения государства в данной сфере, власти Словакии признали, что при родах предпочтителен гуманизированный подход и в случае изменений обсто-

ательств рождения, но они подчеркнули, что это возможно только в учреждениях здравоохранения. Необходимо подчеркнуть необходимость защиты прав детей, их шанса на выживание и их права на здоровье, которые у mažались во время родов вне учреждения здравоохранения. Большинство женщин, высказывающихся за роды в домашней обстановке, ссылались на необходимость интимности, возможности выбора способа и позиции при родах и уменьшение конкретных видов медицинского вмешательства во время деторождения, необходимость присутствия близких и важность того, чтобы не быть отделенной от ребенка. Власти Словакии отметили в этой связи, что Комитет ООН по правам ребенка требовал от государств поддержать инициативу «Дружественная по отношению к матери и ребенку больница» (далее – МВФНН), в рамках которой ВОЗ и ЮНИСЕФ установили критерии для родильных и неонатальных отделений учреждений здравоохранения. Сотрудничая с вышеупомянутыми организациями, Словацкая Республика с 1996 года ввела качественные проекты перинатальной помощи, включая поддержку физиологических родов, поведенческий подход к сестринской помощи новорожденным и матерям, поддержку грудного вскармливания и акцент на неразделимость связи матери/ребенка. Каждое учреждение, оказывающее услуги здравоохранения, должно обеспечивать наивысший стандарт гуманизации родов. Некоторые из этих учреждений перестроились, чтобы предлагать альтернативные способы родов, например, в вертикальном положении или в воде, уточнять организацию родов в соответствии с пожеланиями матери и предоставлять отдельные комнаты, позволяющие мужу и другим членам семьи присутствовать при родах и во время нахождения в учреждении. Непосредственный контакт между матерью и новорожденным после родов должен обеспечиваться в каждом родильном помещении и является предпосылкой для МВФНН. С точки зрения поддержки грудного вскармливания, в Европейском союзе считалось, что МВФНН составляет модель наилучшей практики, что касается помощи матери и новорожденному после родов. В числе прочего она требует, чтобы новорожденного ребенка после высушивания поместили на тело матери в течение получаса после родов, и новорожденному и матери предоставляли возможность быть вместе для грудного вскармливания «по требованию».

**133.** Власти Словакии утверждали, что подход к родам, похожий на тот, что принят в Чешской Республике, соответствовал идее уважения и активной поддержки прав женщин в связи с родами. В то же время они полностью признавали права ребенка, вытекающие из международных инструментов с целью установления равновесия между интересами матери и ее ребенка и интересом общества в сохранении их здоровья и благополучия.

*(с) Королевский колледж акушерок*

**134.** Королевский колледж акушерок утверждал, что он является единственной профессиональной организацией Соединенного Королевства и профсоюзом, руководимым акушерками и объединяющим акушерок. Его цели заключались в продвижении и развитии искусства и науки акушерства, продвижения эффективности и защиты интересов его членов.

**135.** Он сохранял последовательную позицию по поводу безопасности домашних родов, которые считал безопасным выбором для женщин с неосложненной беременностью.

**136.** Согласно текущей государственной политике все больницы в Соединенном Королевстве должны предусматривать вариант домашних родов, и женщины имели право самореференции к услугам домашних родов на их территории. Толкуя обычное право, внутригосударственные суды сместили свой подход к клинической осторожности, чтобы подчеркнуть, что женщины несут ответственность за принятие решение по поводу материнской помощи, которую они получают. Национальный регулятор акушерства, Совет сестринского дела и акушерства, признал, что женщины не могут принуждаться к родам в больнице против их воли. Таким образом, было признано, что акушерки имели профессиональную обязанность посещать женщин, рожаящих вне больниц.

**137.** Домашние роды прямо не регулировались внутригосударственным законодательством: способность акушерок оказывать помощь женщинам дома является подразумеваемой частью их общей компетенции и любой помощи, которую они оказывают, независимо от обстановки, в которой они действуют, они подлежат контролю со стороны профессионального регулятора и общего законодательства. Правила, регулирующие конкретные практические вопросы домашних родов, установлены соответствующим регулятивным органом и работодателем акушерок.

**138.** Королевский колледж акушерок утверждал, что такие последствия следуют из следующего запрета акушерской помощи при домашних родах: (i) осуществление родов дома в отсутствие какой-либо квалифицированной помощи порождает риски для здоровья женщин и детей в случае осложнений, (ii) поскольку отсутствует регулирование квалификации и компетенции помощников при домашних родах, женщины могут пользоваться услугами неподготовленных помощников родовспоможения, которые не подлежат какому-либо регулятивному контролю, (iii) в случае возникновения осложнений во время родов отсутствует стимул для перевода в больницу, поскольку об акушерках или других помощниках может быть сообщено властям, (iv) переводу в больницу в слу-

чае чрезвычайной ситуации может препятствовать отсутствию надлежащих процедур перевода и хранения документов, и больница не будет иметь акушерскую историю женщины, состояние родов или характер осложнения, и (v) домашние роды станут стигматизированы, а больничные персонал часто обращается с женщинами, которые переведены из дома, с подозрением и неуважением и может задержать экстренную помощь.

(d) *Международная исследовательская группа Всемирной ассоциации перинатальной медицины*

139. Всемирная ассоциация перинатальной медицины и Международная академия перинатальной медицины имеют среди своих членов научных и клинических лидеров в сфере медицинской помощи беременным женщинам, фетальным и неонатальным пациентам. Международная исследовательская группа начала свою научную работу по плановым домашним родам в 2013 году.

140. Она указала, что согласно результатам ее исследований плановые домашние роды включали необязательные предотвратимые риски для новорожденного и матери. Беременная женщина, которая вынашивает свою беременность до срока, свободно принимает этические обязательства по отношению к своему плоду и будущему ребенку выбрать место для родов, которое не является обязательно рискованным. Следовательно, ее автономия оправданно ограничена этими этическими обязательствами.

141. В отношении вывода, изложенного в совместном заявлении Королевского колледжа акушеров и гинекологов и Королевского колледжа акушеров, о том, что плановые домашние роды представляют «безопасный выбор для многих женщин», третья сторона утверждала, что этот вывод не выдерживал внимательного контроля к плановым домашним родам в отсутствие непосредственного доступа к помощи на базе больницы. Такая обстановка неизбежно создавала риск для перевозки в больницу. Кроме того, сообщалось, что уровень перинатальной смертности был более чем в восемь раз выше при перевозке из дома в акушерское отделение. Неизбежная задержка, возникающая даже в лучших системах перевозки из дома в больницу и даже в родильное помещение, повлекла повышенные риски смертности и заболеваемости новорожденного и матери.

142. Международная исследовательская группа упомянула длительную нидерландскую традицию относительно оптимально организованных домашних родов с хорошо подготовленными акушерками и транспортной системой с короткими расстояниями до больниц. Тем не менее 49% от первородящих и 17% от многорожавших женщин перевозились во время родов. Наиболее частыми показаниями

были необходимость уменьшить боль и длительные роды.

143. Плановые домашние роды часто не удовлетворяют своему *raison d'être*<sup>1</sup>, а именно улучшению удовлетворенности пациентки. Профессиональная ответственность требует от врачей и акушеров больниц принимать меры по улучшению удовлетворенности пациентки путем создания приближенной к домашним родам среды, которая целесообразно обеспечена персоналом не только для обеспечения безопасности пациентки, что является первостепенной профессиональной ответственностью, но и для обеспечения удовлетворенности пациентки. Беременная женщина действительно имела право решать и контролировать, что произойдет с ее телом во время беременности и родов. Однако клинически более уместным взглядом являлось то, что врач или акушерка имели независимое обязательство в качестве элемента профессиональной этики защищать беременных, фетальных и неонатальных пациентов. Их роль заключалась в том, чтобы выявлять и представлять разумные с медицинской точки зрения альтернативы для ведения беременности, иными словами, клиническое управление, для которого имелась доказательная база чистой клинической выгоды.

144. Пациентка имела право выбирать из числа разумных с медицинской точки зрения альтернатив. Если она отвергала их все и также оставалась пациенткой, тогда ее отказ был не просто осуществлением негативного права на невмешательство. Ее отказ был более сложным, усугубляясь позитивным правом на услуги лечащего персонала и ресурсы организаций здравоохранения и общества. Настояние на реализации неограниченных прав беременных женщин на контроль места родов являлось этической ошибкой и потому не имело места в профессиональной перинатальной медицине.

145. Таким образом, плановые домашние роды не были совместимы с профессиональной неприкосновенностью из-за того, что повышенные риски были устранимы за счет плановых больничных родов. У беременных женщин не было абсолютной свободы контролировать место ассистируемых родов, поскольку имелось этическое обязательство по отношению к будущему ребенку защищать его интересы, связанные со здоровьем. Это обязательство не могло быть исполнено при плановых домашних родах, но могло быть реализовано при плановых больничных родах. Предохранительный принцип оправдывал уменьшение рисков для уязвимых лиц, когда бремя делать это было минимальным. Плановые больничные роды защищали фетальных и неонатальных пациентов от рисков плановых домашних родов, от которых они не мог-

<sup>1</sup> Возможно, следует переводить как «смысл» (примеч. переводчика).

ли защититься сами. Бремя, возложенное на беременных женщин от плановых больничных родов, было минимальным. Следовательно, плановые домашние роды не были совместимы с предохранительным принципом.

(e) *Чешский союз акушерок*  
(*Unie porodních asistentek – UNIPA*)

146. UNIPA указал, что он является профессиональной организацией, объединяющей независимых акушерок.

147. Прежде всего он описал профессиональные организации акушерок в Чешской Республике. Помимо UNIPA, который объединял акушерок и студентов университета Чешской Республики, существовала Чешская конфедерация акушерок (*Česká konfederace porodních asistentek – ČKPA*), которая объединяла акушерок в определенные группы по регионам. Эти две организации тесно сотрудничали друг с другом, чтобы развивать и продвигать акушерство в Чешской Республике в качестве реальной модели медицинской помощи материнству. Также действовала Чешская ассоциация акушерок, организация, которая была создана в 2014 году и объединяла медицинских и парамедицинских специалистов.

148. UNIPA указал, что оказание акушерской помощи было прямо запрещено законодательством в отношении домашних родов и что такая помощь была запрещена в акушерских кабинетах и родовых центрах в связи с избыточными техническими требованиями, установленными подзаконными актами. Вследствие подхода государства и больничной практики акушерки не могли законно оказывать помощь при деторождении вне больниц. Кроме того, поскольку государство допускало только акушерскую модель помощи, акушерки, желающие оказывать помощь при родах, должны были делать это в больнице в соответствии с данной моделью, с акушерскими правилами, при необходимости заблаговременно полученных инструкций от врача и под его наблюдением. В таких случаях акушерки также должны были состоять в трудовых отношениях с больницей. Данный порядок по существу препятствовал акушеркам в оказании помощи и исполнении установленных законом обязанностей акушерки.

149. UNIPA отметил, что из 6 000 квалифицированных и лицензированных акушерок страны ни одна не получила техническую лицензию, позволяющую осуществлять весь комплекс обязанностей акушерок, включая помощь при деторождении. Следовательно, акушерки лицензировались государством для исполнения обязанностей, связанных с деторождением, независимо и в отсутствие предварительных инструкций от врача. Кроме того, хотя с чисто правовой и технической точек зрения существование родовых центров не было

ограничено, обширные требования относительно технических, материальных и людских ресурсов эффективно исключают эту возможность. В действительности имела место одна попытка зарегистрировать родовой центр в г. Брно, но хотя он должен был располагаться в непосредственной близости от местной больницы, реакция компетентного публичного органа была отрицательной.

150. Вследствие монополии врачей в сфере медицинской помощи материнству система здравоохранения полностью перестала различать первичную и вторичную помощь для матери и ребенка. Невозможность проводить различие между этими уровнями оказания помощи с необходимостью влечет оказание стандартизированной формы помощи всем матерям без учета их конкретных различных потребностей. В результате система не делала различий между спонтанными низкорисковыми матерями, чьи роды разумно рассматривались как свободные от осложнений, и матерями, чья беременность указывала на наличие патологических состояний.

151. UNIPA обратил внимание Европейского Суда на отсутствие национальных профессиональных стандартов помощи в акушерстве, что, в частности, подвергало акушерок большим рискам с точки зрения их профессиональной ответственности в гражданских и уголовных вопросах. Сославшись на два примера уголовных разбирательств против акушерок, UNIPA утверждал, что, хотя они были признаны невиновными, их репутации, а также репутации акушерства был нанесен непоправимый ущерб.

152. Наконец, эта третья сторона утверждала, что государство не собирало реальные статистические данные относительно практик в конкретных больницах и родов вне медицинских учреждений. По мнению третьей стороны, это ограниченный выбор, доступный для будущих матерей, что касается места деторождения. Кроме того, не существовало исчерпывающих методов информирования будущих матерей относительно медицинской помощи, оказываемой публичными органами в связи с деторождением. Таким образом, женщины не знали о различных вариантах во время беременности и деторождении. Подобная информация была доступна только на дорожных платных курсах.

(f) *Общественный защитник прав*  
(*Veřejná ochránkyně práv*)

153. *Общественный защитник прав* (омбудсмен) указала, что ее роль в основном сводилась к тому, чтобы защищать лиц от поведения, которое было незаконным или в ином отношении ненадлежащим, и от бездействия властей и других публичных органов (иными словами, исследовать и контролировать публичную администрацию). В то же время *общественный защитник прав*

действовала как национальный орган равенства (национальный орган равного обращения и защиты от дискриминации) в силу соответствующих директив Европейского союза (от 29 июня 2000 г. № 2000/43/ЕС, имплементировавшей принцип равного обращения между лицами независимо от расового или этнического происхождения, и от 27 ноября 2000 г. № 2000/78/ЕС, устанавливающей общую основу равного обращения в сфере труда и занятости). Общественный защитник прав также систематически посещала места, в которых лица были ограничены в своих свободах (в силу Факультативного протокола к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания), и осуществляла мониторинг принудительных возвращений или высылки иностранцев в соответствии с Директивой от 16 декабря 2008 г. № 2008/115/ЕС об общих стандартах и процедурах в государствах-участниках для возвращения незаконно пребывающих граждан третьих стран.

**154.** Общественный защитник прав представила Европейскому Суду обзор переданных ей дел без каких-либо статистических данных.

**155.** Первая категория жалоб касалась процедур во время родов в медицинском учреждении, которые данные женщины характеризовали как не имеющие ничего общего с достоинством и личной сферой жизни. Некоторые женщины жаловались на определенные виды вмешательства, проводимые без их согласия, обязанность оплаты за присутствие собственной сиделки, переполненность родильного отделения и несоблюдение их пожеланий относительно питания и питья, передвижения или выбора определенных положений при родах в постели или вне ее. Некоторые жалобы также касались постоянного мониторинга нерожденного ребенка, разделения матери и ребенка немедленно после родов или в течение 48 часов после родов и несоблюдения плана родов, предоставленного матерями.

**156.** Вторая категория жалоб, рассмотренная общественным защитником прав, касалась невозможности родов вне медицинского учреждения при наличии профессиональной помощи и неясности правового регулирования домашних родов.

**157.** Первая жалоба в этом отношении была получена общественным защитником прав в 2003 году. Женщина жаловалась на невозможность рождения ребенка вне медицинского учреждения при содействии акушерки и на то, что услуги акушерок не возмещались из публичного фонда медицинского страхования. Результат рассмотрения указанной жалобы не был сообщен. Общественный защитник прав отметила, что, хотя законодательство Чешской Республики прямо не запрещало роды вне медицинского учреждения, эта возможность была фактически исключена Декретом № 92/2012 Министерства здравоохранения. Она подчеркнула,

что правовые требования к минимальному оборудованию в медицинских учреждениях и центрах помощи на дому в принципе не могли соблюдаться в домашней обстановке или ином подобном окружении. Общественный защитник прав отметила, что поэтому родовые комнаты, отвечающие условиям, предусмотренным законодательством, располагались исключительно в учреждениях здравоохранения. Общественный защитник прав подчеркнула в этой связи, что некоторые будущие матери считали достаточным, если роды в медицинском учреждении осуществлялись их «собственными» акушерками. Однако медицинские учреждения разрешают ведение родов только той акушеркой, с которой у них заключено соглашение, и такие соглашения часто оказываются невозможным заключить.

**158.** Третья категория жалоб общественному защитнику прав касалась административных трудностей, с которыми сталкивались родители ребенка, рожденного вне учреждения здравоохранения. Во многих случаях было трудно получить свидетельство о рождении или родительское пособие.

**159.** Наконец, общественный защитник прав отметила, что было несколько жалоб от акушерки по поводу действующего правового регулирования, которое делало невозможными помощь и ведение родов вне медицинского учреждения.

## С. МНЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА

### 1. Применимость к делу статьи 8 Конвенции

**160.** В настоящем деле заявительницы сформулировали свои жалобы в соответствии со статьей 8 Конвенции, и власти Чешской Республики не оспаривали применимости этого положения в разбирательстве дела в Большой Палате Европейского Суда.

**161.** Европейский Суд отмечает, что заявительницы хотели получать помощь акушерки во время домашних родов. Следовательно, в настоящем деле возникает вопрос о том, относится ли право определять обстоятельства родов к сфере действия статьи 8 Конвенции (см. также § 74 Постановления Палаты).

**162.** Большая Палата Европейского Суда подтверждает, что понятие «личная жизнь» является широким (см. § 73 Постановления Палаты). Она напоминает в этом отношении, что в деле «Одьевр против Франции» (*Odièvre v. France*), жалоба № 42326/98, § 29, *ECHR* 2003-III) Европейский Суд указал, что «роды и, в частности, обстоятельства, при которых родился ребенок, составляют часть гарантированной статьей 8 Конвенции личной жизни ребенка, а впоследствии и взрослого». Кроме того, в упоминавшемся выше деле «Терновски против Венгрии», § 22, он отмечал,

что «обстоятельства родов неоспоримо составляют часть личной жизни для целей данного положения».

**163.** Большая Палата Европейского Суда находит, что в то время как статья 8 Конвенции не может толковаться как наделяющая правом домашних родов как таковых, тот факт, что на практике для женщин было невозможно получить помощь при родах в их частных домах, относится к сфере их права на уважение личной жизни и, соответственно, статьи 8 Конвенции. Действительно, роды – это уникальный и деликатный момент в жизни женщины. Они касаются вопросов физической и моральной неприкосновенности, медицинской помощи, репродуктивного здоровья и защиты информации относительно здоровья. Эти вопросы, включая выбор места родов, являются фундаментально связанными с личной жизнью женщины и относятся к пределам этого понятия для целей статьи 8 Конвенции.

## 2. Подлежит ли дело рассмотрению с точки зрения негативных или позитивных обязательств государства

**164.** Стороны не пришли к согласию по поводу того, должно ли дело быть рассмотрено с точки зрения вмешательства в права заявителец в соответствии со статьей 8 Конвенции или с точки зрения позитивных обязательств государства по защите прав заявителец. Главный вопрос в настоящем деле действительно может рассматриваться как ограничение права заявителец на выбор обстоятельств родов, которое требует анализа в качестве вмешательства в их право на уважение их личной жизни, или как уклонение государства от создания соответствующей регулятивной базы, обеспечивающей права лиц, находящихся в положении заявителец, которое должно анализироваться с точки зрения позитивной обязанности государства обеспечивать уважение к их личной жизни (см. *mutatis mutandis* упоминавшееся выше Постановление Европейского Суда по делу «Христозов и другие против Болгарии», § 117).

**165.** С учетом природы и содержания жалоб заявителец Большая Палата Европейского Суда находит целесообразным вслед за Палатой рассматривать настоящее дело как включающее вмешательство в право заявителец пользоваться помощью акушерок при домашних родах посредством угрозы применения санкций к акушеркам, которым на практике препятствовали в оказании помощи заявителям в силу закона. В любом случае, как уже указывал Европейский Суд, применимые принципы относительно оправдания в соответствии с пунктом 2 статьи 8 Конвенции довольно схожи независимо от примененных аналитических подходов (см. Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «S.H. и другие против Австрии» (*S.H. and Others v. Austria*), жало-

ба № 57813/00, § 88, *ECHR* 2011, с дополнительными отсылками).

**166.** Чтобы определить, влекло ли вмешательство нарушение статьи 8 Конвенции, Европейский Суд должен далее определить, было ли оно оправданным с точки зрения пункта 2 этой статьи, то есть было ли оно «предусмотрено законом» и «необходимо в демократическом обществе» при преследовании одной из законных целей, указанных в статье 8 Конвенции.

## 3. Было ли вмешательство «предусмотрено законом»?

**167.** Европейский Суд напоминает, что оспариваемое вмешательство должно иметь некоторую опору во внутригосударственном законодательстве, которое должно быть сформулировано с достаточной точностью, позволяя лицу регулировать свои действия. Человек должно располагать возможностью при необходимости после соответствующей консультации предвидеть в разумной при данных обстоятельствах степени последствия, которые может повлечь конкретное действие (см. упоминавшееся выше Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «А, В и С против Ирландии», § 220, с дополнительными отсылками).

**168.** В настоящем деле сторонами не оспаривалось, что внутригосударственные правовые нормы, создающие нормативную базу для оспариваемого вмешательства, были доступны для заявителец. Европейский Суд не усматривает оснований для несогласия с позицией сторон.

**169.** Что касается предсказуемости, Европейский Суд прежде всего отмечает, что осуществление родов дома само по себе не запрещалось правовой системой Чешской Республики. Он также отмечает, что закон об оказании медицинской помощи в частных учреждениях здравоохранения, который действовал, когда Дубска рожала второго ребенка в апреле 2011 года, регулировал деятельность частных учреждений здравоохранения и предусматривал санкции для любых лиц, оказывающих услуги здравоохранения, которые нарушали закон, не устанавливая сумму штрафа, который может быть для них установлен. Закон уполномочивал Министерство здравоохранения устанавливать технические и материальные требования к оборудованию в учреждениях здравоохранения. Это делалось в соответствии с Декретом № 221/2010, который вступил в силу 1 сентября 2010 г. и устанавливал подробные условия для независимой практики акушерок, определяя, в частности, три возможные категории рабочих мест акушерок: рабочие места, где роды не разрешались, и контактные рабочие места, оборудованные мебелью, необходимой для акушерок, и мобильным телефоном. Декрет также определял содержание чемодана акушерок (см. §§ 43–46 настоящего Постановления). В то же вре-

мя Закон о параметрических профессиях, который действовал во время родов обеих заявительниц, по-прежнему остается в силе и устанавливает требования к независимой практике акушерок, позволяя Министерству здравоохранения определять деятельность акушерок. Это было сделано посредством Декрета № 424/2004, позднее замененного Декретом № 55/2011, которые устанавливали, что акушерки могут осуществлять самостоятельную деятельность, такую как ведение физиологических родов, включая при необходимости эпизиотомию.

170. Закон о медицинских услугах вступил в силу незадолго до того, как Крейзова родила третьего ребенка в мае 2012 года. Он заменил Закон о медицинской помощи в частных учреждениях здравоохранения и Декрет № 221/2010. В нем указывалось, что лицо может оказывать услуги здравоохранения только при наличии соответствующей лицензии, кроме особых ситуаций. Учреждения здравоохранения, указанные в лицензии, должны были быть адекватно оборудованы в отношении оказываемых услуг, как предусмотрено декретом, который должен быть издан Министерством здравоохранения. Лицо, которое оказывало медицинскую помощь иначе, чем в соответствии с законом, могло быть оштрафовано за нарушение закона, также устанавливающего ряд конкретных санкций. Необходимое оборудование, которое должно было быть доступно акушеркам в местах, где они должны оказывать помощь при родах, было подробно описано в Декрете № 92/2012, в котором, в частности, упоминались различные категории рабочих мест для акушерок, а именно: рабочие места, где роды не разрешались, рабочие места, где роды разрешались, и контактные рабочие места для оказания сестринской помощи, относящиеся к гинекологии и деторождению (см. также § 82 Постановления Палаты).

171. Европейский Суд признает, что, хотя могли возникнуть сомнения относительно ясности определенных законодательных положений, действовавших в соответствующий период, заявительницы, тем не менее, при необходимости при помощи соответствующей консультации могли предвидеть в степени, разумной при данных обстоятельствах, что их частные жилища не могут удовлетворять требованиям, относящимся к оборудованию, последовательно перечисленному в обоих вышеупомянутых документах вторичного законодательства, и что, как следствие, данные положения не допускали оказания помощи медицинского специалиста при плановых домашних родах.

Следовательно, оспариваемое вмешательство было предусмотрено законом.

#### 4. Преследовало ли вмешательство законную цель?

172. В отличие от заявительниц Европейский Суд полагает, что отсутствуют основания ста-

вить под сомнение политику властей Чешской Республики по стимулированию больничных родов, как отражено в соответствующем внутригосударственном законодательстве, направленную на охрану здоровья и безопасности матери и ребенка во время и после родов.

173. Соответственно, можно утверждать, что вмешательство в настоящем деле отвечало законной цели, а именно цели «защиты здоровья и прав других лиц» в значении пункта 2 статьи 8 Конвенции.

#### 5. Являлось ли вмешательство необходимым в демократическом обществе?

174. Вмешательство считается «необходимым в демократическом обществе» для законной цели, если оно отвечает «настоятельной общественной потребности» и, в частности, соразмерно преследуемой законной цели, а мотивы, выдвинутые внутригосударственными властями в его оправдание, являются «относимыми и достаточными» (см., например, *mutatis mutandis* Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Фернандес Мартинес против Испании» (*Fernández Martínez v. Spain*), жалоба № 56030/07, § 124, *ECHR* 2014 (извлечения)).

175. В этой связи Европейский Суд напоминает фундаментально субсидиарную роль конвенционной системы и признает, что национальные органы имеют прямую демократическую легитимацию, что касается защиты прав человека. Кроме того, в силу их прямого и постоянного контакта с действующими силами их стран они в принципе находятся в лучшем положении, чем международный суд, чтобы оценить местные потребности и условия (см., например, Постановление Большой Палаты Европейского Суда «Морис против Франции» (*Maurice v. France*), жалоба № 11810/03, § 117, с дополнительными отсылками, *ECHR* 2005-IX).

176. Таким образом, прежде всего в обязанности внутригосударственных органов входит первоначальная оценка того, было ли установлено справедливое равновесие при проверке необходимости вмешательства в публичном интересе в права, предусмотренные статьей 8 Конвенции. Соответственно, при принятии законодательства, направленного на установление равновесия между конкурирующими интересами, государства в принципе должны иметь возможность определять средства, которые считают наилучшим образом приспособленными для достижения цели примирения этих интересов (см. упоминавшееся выше Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Одьевр против Франции», § 49, Постановление Большой Палаты от 3 апреля 2012 г. по делу «Ван дер Хейден против Нидерландов» (*Van Der Heijden v. Netherlands*), жалоба № 42857/05, § 56).

177. Хотя внутригосударственные власти должны производить первичную оценку, окончательная оценка того, является ли вмешательство в конкретном деле «необходимым», как данный термин понимается в значении статьи 8 Конвенции, относимым и достаточным, остается предметом проверки Европейского Суда на соответствие требованиям Конвенции (см. Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «S. и Марпер против Соединенного Королевства» (*S. and Marper v. United Kingdom*), жалобы №№ 30562/04 и 30566/04, § 101, *ECtHR* 2008, упоминавшееся выше Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Ван дер Хейден против Нидерландов», § 57).

178. Внутригосударственные органы в принципе имеют определенные пределы усмотрения относительно этой оценки, широта которых зависит от ряда факторов, диктуемых конкретным делом. Дискреция органов государства-ответчика сужается, если данное право имеет решающее значение для эффективного использования лицом личных или ключевых прав. Когда речь идет об особо важных аспектах существования или личности лица, пределы усмотрения государства будут ограничены. Если отсутствует консенсус среди государств – участников Совета Европы по поводу относительной важности данного интереса или наилучших средств его защиты, особенно если дело затрагивает чувствительные моральные или этические вопросы, пределы усмотрения будут шире (см. упоминавшееся выше Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Ван дер Хейден против Нидерландов», §§ 55–60, с дополнительными отсылками, а также Постановление Большой Палаты Европейского Суда «Паррилло против Италии» (*Parrillo v. Italy*), жалоба № 46470/11<sup>1</sup>, § 169, с дополнительными отсылками, *ECtHR* 2015).

179. Государство в соответствии с Конвенцией обычно пользуется широкими пределами усмотрения в отношении общих мер экономической или социальной стратегии. Благодаря лучшей информированности относительно общества и его потребностей внутригосударственные власти в принципе находятся в лучшем положении, чем международный суд, для оценки того, что отвечает публичному интересу по социальным или экономическим основаниям, и Европейский Суд обычно уважает выбор политики государств, если он не является «явно лишенным разумных оснований» (см. Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Стек и другие против Соединенного Королевства» (*Stec and Others v. United Kingdom*), жалобы №№ 65731/01 и 65900/01, § 52, с дополнительными отсылками, *ECtHR* 2006-VI, Решение Европейского Суда по делу «Шелли против Соединенного Королевства»

(*Shelley v. United Kingdom*) от 4 января 2008 г., жалоба № 23800/06, и упоминавшееся выше Постановление Европейского Суда по делу «Христозов и другие против Болгарии», § 119).

180. В настоящем деле Европейский Суд должен проверить, установил ли тот факт, что на практике заявительницам было невозможно использовать помощь медицинского специалиста во время домашних родов, справедливое равновесие между, с одной стороны, правом заявительниц на уважение их личной жизни в соответствии со статьей 8 Конвенции и, с другой стороны, интересом государства в защите здоровья и безопасности ребенка во время и после родов и матери (см. § 174 настоящего Постановления): иными словами, вышло ли государство-ответчик при принятии законодательства, не допускавшего на практике такую помощь, за предоставленные ему пределы усмотрения.

181. Власти Чешской Республики утверждали, что пределы усмотрения государства в настоящем деле были широкими. Заявительницы полагали, что санкционный подход к домашним родам может затронуть право женщин на жизнь и здоровье и что, делая домашние роды менее безопасными для женщин, государство могло поставить эти права под угрозу. Кроме того, согласно утверждениям заявительниц право женщин принимать решения относительно обстоятельств родов в качестве механизма компенсации их ограниченной свободы самоопределения в этот момент в принципе не допускало дополнительных ограничений в связи с пределами усмотрения властей Чешской Республики, которые являлись узкими в данной сфере. Заявительницы также отмечали, что среди государств-участников существовал консенсус в отношении домашних родов, который подкреплялся заключением международных экспертов по вопросам материнского здоровья и важности обученных помощников при родах. Наличие европейского консенсуса, по их мнению, должно было повлечь сужение пределов усмотрения властей Чешской Республики.

182. Хотя вопрос домашних родов как таковой не затрагивает особо чувствительные моральные и этические вопросы (см. противоположный пример в упоминавшемся выше Постановлении Большой Палаты Европейского Суда по делу «А, В и С против Ирландии»), он может считаться затрагивающим важный публичный интерес в сфере общественного здоровья. Кроме того, ответственность государства в этой сфере с необходимостью предполагает более широкие границы для права государства по установлению правил функционирования системы здравоохранения, охватывающей государственные и частные учреждения здравоохранения. В рассматриваемом контексте Европейский Суд отмечает, что настоящее дело включает сложный вопрос политики здравоохранения, требующий оценки национальными орга-

<sup>1</sup> См.: Прецеденты Европейского Суда по правам человека. 2015. № 12 (примеч. редактора).

нами экспертных и научных данных относительно рисков родов в больнице и дома. Также должны учитываться общие аспекты социально-экономической политики, включая распределение финансовых средств, поскольку для перехода от общей системы родильных домов к созданию базы для домашних родов могут потребоваться бюджетные ресурсы (см. *mutatis mutandis* упоминавшееся выше Постановление Большой Палаты Европейского Суда «Морис против Франции», § 84, с дополнительными отсылками, и упоминавшееся выше Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Стек и другие против Соединенного Королевства», § 52).

**183.** Кроме того, вопреки утверждениям заявителей, Европейский Суд находит, что среди государств – участников Совета Европы отсутствует консенсус, способный сузить пределы усмотрения государства в пользу допуска домашних родов. В частности, Европейский Суд отмечает, что плановые домашние роды предусмотрены законодательством и регулируются в 20 государствах-участниках, но право выбирать указанный способ родов не является абсолютным и всегда зависит от определенных медицинских условий. Кроме того, внутригосударственная система медицинского страхования охватывает домашние роды только в 15 таких странах. Европейский Суд также отмечает, что домашние роды не регулируются или недостаточно регулируются в 23 других странах. В некоторых странах частные домашние роды имеют место, но в правовом вакууме и при отсутствии государственного медицинского охвата. Кроме того, отсутствует законодательство, которое прямо запрещает помощь акушерок при домашних родах. В весьма малом количестве обследованных государств-участников возможны дисциплинарные или уголовные санкции, но, по-видимому, они редко применяются.

**184.** С учетом вышеизложенного Европейский Суд приходит к мнению о том, что пределы усмотрения, которые предоставлены внутригосударственным органам в настоящем деле, должны быть широкими, но не неограниченными. Европейский Суд должен проверить, составляет ли вмешательство с учетом этих пределов усмотрения пропорциональное уравнивание затронутых конкурирующих интересов (см. упоминавшееся выше Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «А, В и С против Ирландии», § 238, с дополнительными отсылками). В делах по индивидуальным жалобам задача Европейского Суда состоит не в абстрактной проверке соответствующего законодательства или практики. Он должен ограничиться, по возможности учитывая общий контекст, исследованием вопросов, затронутых в рассматриваемом деле (см. упоминавшееся выше Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «S.H. и другие против Австрии», §§ 91–92,

с дополнительными отсылками). Следовательно, Европейский Суд не должен подменять точку зрения компетентных органов при определении наиболее целесообразной политики регулирования вопросов, связанных с обстоятельствами родов. Он должен принимать решения о совместимости со статьей 8 Конвенции вмешательства государства в настоящем деле на основе теста справедливого равновесия, описанного выше.

**185.** Заявительницы в настоящем деле выразили желание рожать в своих частных домах с помощью акушерки. Европейский Суд признает, что вследствие действия законодательных норм, которые были в силе в соответствующий период, они были поставлены в ситуацию, которая имела серьезное влияние на их свободу выбора: они были вынуждены, если хотели рожать дома, делать это без помощи акушерки и, следовательно, с сопутствующими рисками, которые это представляло для них самих и для их новорожденных детей, или рожать в больнице (см. также §§ 93 и 95 Постановления Палаты). Европейский Суд отмечает в этой связи, что, если в целом отсутствовал конфликт интересов между матерью и ее ребенком, определенный выбор матери относительно места, обстоятельств или метода родов мог считаться порождающим повышенный риск для здоровья и безопасности новорожденных, показатель смертности которых, как свидетельствуют цифры перинатальных и неонатальных смертей, не является пренебрежимым, несмотря на все успехи медицинской помощи (см. § 94 Постановления Палаты).

**186.** В этом отношении Европейский Суд отмечает довод властей Чешской Республики, поддержанный властями Хорватии и Словакии, что риск для матерей и новорожденных (см. §§ 124 и 131 настоящего Постановления) выше в случае домашних родов, чем в случае родов в родильных домах, которые полностью обеспечены персоналом и адекватно оборудованы с технической и материальной точек зрения и что даже если беременность протекает без осложнений и поэтому может считаться «низкорисковой» беременностью, неожиданные трудности могут возникать во время родов, которые потребуют немедленного специализированного медицинского вмешательства, такого как кесарево сечение или специальная неонатальная помощь. Кроме того, родильный дом может предоставить всю необходимую срочную медицинскую помощь, тогда как это невозможно в случае домашних родов, даже при помощи акушерки (см. также § 97 Постановления Палаты). В этой связи следует отметить, что Чешская Республика не создала систему специализированной неотложной помощи для случаев домашних родов. Вопреки доводу заявителек (см. § 79 настоящего Постановления), отсутствие подобной системы могло повысить потенциальные риски для рожениц и их младенцев.

187. Из предоставленных Европейскому Суду материалов следует, что в государствах, где разрешены домашние роды, должны быть соблюдены определенные условия: беременность должна быть «низкорисковой», квалифицированные акушерки должны присутствовать при родах для выявления любых осложнений и направления рожаящих женщин в больницу в случае необходимости, и такая перевозка должна быть обеспечена в очень короткий срок (см. также § 96 Постановления Палаты). Соответственно, как утверждали заявительницы, домашние роды без помощи медицинских специалистов могли повысить угрозу для жизни и здоровья матери и новорожденного ребенка.

188. Европейский Суд отмечает, что заявительницы могли выбрать, как власти Чешской Республики также указывали, роды в одном из местных родильных домов, где их желания в принципе могли быть удовлетворены. Однако, согласно утверждениям заявительниц, основанных на их собственном опыте (см. §§ 9 и 23 настоящего Постановления), в ряде этих больниц условия приема и оказания беременным женщинам медицинской помощи и лечения выглядели спорными, а в нескольких местных больницах пожелания будущих матерей, по-видимому, не учитывались (см. также § 95 Постановления Палаты). Данные замечания, по-видимому, подтвердил по существу Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин в своих заключительных замечаниях по Чешской Республике от 22 октября 2010 г., которые выражали озабоченность по поводу условий деторождения и акушерских услуг в Чешской Республике и дали ряд рекомендаций властям страны в этой сфере (см. § 65 настоящего Постановления, а также §§ 56 и 95 Постановления Палаты).

189. По мнению Европейского Суда, эти озабоченности не могут не учитываться при оценке того, установили ли власти справедливое равновесие между конкурирующими интересами. В то же время Европейский Суд признает, что с 2014 года власти Чешской Республики приняли некоторые меры с целью улучшения ситуации, особенно путем создания нового правительственного экспертного комитета по вопросу акушерства и связанных с ним прав женщин. Европейский Суд также учитывает недавние высказывания, с которыми в августе 2015 года выступило Чешское гинекологическое и акушерское общество (см. §§ 103–104 настоящего Постановления). На этом фоне Европейский Суд находит целесообразным предложить властям Чешской Республики предпринять дополнительные успешные меры путем постоянного контроля соответствующих законодательных норм, чтобы обеспечить отражение ими медицинского и научного развития при полном уважении прав женщин в сфере репродуктивного здоровья, особенно в виде обеспечения адекватных условий для паци-

ентов и медицинского персонала в родильных домах по всей стране.

190. В итоге с учетом пределов усмотрения государства (см. § 184 настоящего Постановления) Европейский Суд придерживается мнения о том, что вмешательство в право заявительниц на уважение их личной жизни не было непропорциональным.

191. Соответственно, требования статьи 8 Конвенции по делу нарушены не были.

#### На основании изложенного Суд:

постановил 12 голосами «за» при пяти – «против», что по делу требования статьи 8 Конвенции нарушены не были.

Совершено на английском и французском языках, вынесено на открытом слушании во Дворце прав человека в г. Страсбурге 15 ноября 2016 г.

Йохан КАЛЛЕВАРТ	Гвидо РАЙМОНДИ
Заместитель Секретаря	Председатель
Большой Палаты	Большой Палаты

В соответствии с пунктом 2 статьи 45 Конвенции и пунктом 2 правила 74 Регламента Суда к настоящему Постановлению прилагается совместное несовпадающее особое мнение судей Андраша Шайо, Ишиль Каракаш, Георга Николау, Юлии Лаффранк и Хелен Келлер.

### СОВМЕСТНОЕ НЕСОВПАДАЮЩЕЕ ОСОБОЕ МНЕНИЕ СУДЕЙ АНДРАША ШАЙО, ИШИЛЬ КАРАКАШ, ГЕОРГА НИКОЛАУ, ЮЛИИ ЛАФФРАНК И ХЕЛЕН КЕЛЛЕР

#### I. ВВЕДЕНИЕ

1. К нашему сожалению, мы не можем согласиться с мнением большинства судей Большой Палаты об отсутствии нарушения требований статьи 8 Конвенции в настоящем деле. По нашему мнению, соответствующее законодательство Чешской Республики делает домашние роды *de facto* невозможным, поскольку оно предъявляет крайне жесткие требования относительно оборудования, необходимого для родов, которые могут быть удовлетворены только в больницах. Это составляет вмешательство в свободу выбора матерей, которое не является пропорциональным в демократическом обществе. Система также чревата ущербом для здоровья матерей и их новорожденных детей, поскольку лишает их возможности получения незаменимой помощи акушерки при домашних родах.

2. Большинство судей правильно признали, что выбор обстоятельств родов относится к сфере действия статьи 8 Конвенции. Мы также разделяем мнение наших коллег о том, что законодательство Чешской Республики в его текущей формулировке составляет вмешательство в право заявительниц

пользоваться помощью акушерок при родах дома. Несмотря на некоторые колебания, мы можем признать, что это вмешательство соответствовало закону и в теории преследовало законную цель. Однако мы пришли к иному выводу по сравнению с большинством, что касается теста пропорциональности.

3. Мы начнем с рассмотрения общих конвенционных рамок, которые применяются к многополярному контексту прав человека (II). Затем мы проанализируем предыдущую прецедентную практику Европейского Суда по поводу домашних родов (III) и укажем на некоторые особенности акушерских услуг в Чехии (IV) и риска, присущего домашним родам (V). Затем мы обратимся к основным аргументам большинства судей для вывода по поводу нарушения статьи 8 Конвенции (VI). Применение соответствующих общих принципов при конкретных обстоятельствах дела заявительниц (VII) ведет нас к заключению (VIII) о том, что данное вмешательство было несоразмерным.

## II. ОБЩАЯ КОНВЕНЦИОННАЯ ОСНОВА

4. В настоящем деле мы столкнулись с ярким примером многополярного контекста прав человека: затронуты различные права, а именно ожидаемая матерями свобода выбора того, как они хотят рожать (что охватывается статьей 8 Конвенции), с одной стороны, и право матерей и новорожденных на жизнь в соответствии со статьей 2 Конвенции, с другой стороны. Государство имеет обязательство предоставить необходимую базу, чтобы гарантировать оба аспекта, то есть уважать выбор матерей и защищать также право матерей и детей на жизнь.

5. Большинство судей правильно указали, что вопрос о домашних родах затрагивает важный публичный интерес в сфере общественного здоровья (см. § 182 настоящего Постановления). Проблема в установлении справедливого равновесия между правом заявительниц на уважение их личной жизни и интересом государства в защите здоровья и безопасности новорожденных и их матерей (см. § 180 настоящего Постановления). В случае конкуренции конвенционных прав прецедентная практика Европейского Суда прямо признает, что государства-участники обычно пользуются определенными пределами усмотрения (см. Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Одьевр против Франции» (*Odièvre v. France*), жалоба № 42326/98, §§ 40–49, *ECHR* 2003-III, и Постановление Большой Палаты Европейского Суда «Диксон против Соединенного Королевства» (*Dickson v. United Kingdom*), жалоба № 44362/04, §§ 77–85, *ECHR* 2007-V).

6. Эти пределы усмотрения также применимы, в частности, к законодательной власти. Однако внутригосударственное законодательство не выхо-

дит за рамки контроля Европейского Суда, поскольку Конвенция устанавливает границы для правовой базы, созданной государством. Наличие пределов усмотрения не должно приравниваться к какому-либо виду «карт-бланша» в пользу национального законодателя. В противном случае права, гарантированные Конвенцией, были бы лишены всякого содержания. При разрешении любого дела в соответствии со статьей 8 Конвенции должен быть принят во внимание ряд факторов для определения широты пределов усмотрения, используемых государством. Если речь идет об особенно важном аспекте существования или идентичности лица, пределы, используемые государством, обычно ограничены. Однако если отсутствует консенсус среди государств – участников Совета Европы, что касается относительно значимости данного интереса или наилучших средств их защиты, особенно если дело затрагивает чувствительные моральные или этические вопросы, пределы усмотрения будут шире (см. Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «S.H. и другие против Австрии» (*S.H. and Others v. Austria*), жалоба № 57813/00, § 94, *ECHR* 2011).

7. Во-первых, мы отмечаем, что решение относительно того, как будущая мать желает рожать, составляет ключевой вопрос в соответствии со статьей 8 Конвенции. Деторождение представляет один из самых интимных аспектов жизни женщины. В этом отношении мы согласны с большинством, которые описывают роды как уникальный и деликатный момент в жизни женщины (см. § 163 настоящего Постановления). Во-вторых, мы хотели бы подчеркнуть, что обычно отсутствует конфликт интересов между матерью и ее ребенком (см. § 185 настоящего Постановления). Иными словами, при обычных обстоятельствах мы верим, что мать выберет лучший способ для родов ее ребенка с учетом состояния ее собственного здоровья и здоровья ее ребенка. В-третьих, Европейский Суд всегда должен подвергать абсолютные или бланкетные запреты самому внимательному анализу. В деле «Коста и Паван против Италии» (*Costa and Pavan v. Italy*) (Постановление от 28 августа 2012 г., жалоба № 54270/10, § 68), касавшемся запрета в Италии использования преимплантационного генетического диагноза (PGD), Европейский Суд напомнил, что он уполномочен проверять совместимость с Конвенцией внутригосударственных мер даже в сферах, где государство пользуется широкими пределами усмотрения. В этом деле Европейский Суд пришел к заключению, что принятые меры не являлись пропорциональными, поскольку, хотя заявительницы могли выбрать прерывание беременности по медицинским основаниям, они не имели доступа к PGD (там же, §§ 69–70). Иными словами, Европейский Суд должен быть убежден в том, что национальный законодатель принял во внимание различные спорные вопросы

(см. упоминавшееся выше Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «S.H. и другие против Австрии», § 117) и что окончательная законодательная база не привела к парадоксальному результату.

8. В связи с тем, что любые беременные женщины, желающие рожать дома в Чехии в целом, как в случае заявительниц, должны делать это в отсутствие медицинского персонала, правовая основа, которая, таким образом, создает *de facto* запрет на домашние роды, ведет на практике к парадоксальному и контрпродуктивному исходу, так как мать и ребенок ставятся под угрозу, если мать решает рожать дома (это, в конце концов, было признано также большинством судей, см. последнее предложение § 187 настоящего Постановления).

### III. «ТЕРНОВСКИ ПРОТИВ ВЕНГРИИ»

9. В деле «Терновски против Венгрии» (Terpovszky v. Hungary) (Постановление от 14 декабря 2010 г., жалоба № 67545/09, § 22) Европейский Суд впервые указал, что «обстоятельства родов неоспоримо образуют часть личной жизни». Европейский Суд тогда провозгласил, что, «если выбор, относящийся к осуществлению права на уважение личной жизни, имеет место в регулируемой с правовой точки зрения сфере, государство должно предоставить адекватную правовую защиту права в регулятивной системе... Действительно, в этом отношении государство имеет широкие пределы усмотрения, однако регулирование должно обеспечить надлежащее равновесие между общественными интересами и данным правом. В контексте домашних родов, рассматриваемых как вопрос личного выбора матери, это предполагает, что мать имеет право на правовую и институциональную среду, которая обеспечивает ее выбор, кроме случаев, когда другие права делают необходимым его ограничение» (см. там же, § 24, курсив наш).

10. Мы не оспариваем, что право выбрать домашние роды не является абсолютным. Все страны, упомянутые в сравнительно-правовом исследовании Европейского Суда (см. §§ 67–68 настоящего Постановления), выдвигают некоторые дополнительные условия. Однако несовместима с Конвенцией подверженность акушерок или медицинских профессионалов угрозе преследования за оказание помощи при домашних родах способом, отвечающим *arte legis*. Европейский Суд указал в деле Терновски, что в данном контексте имело место нарушение статьи 8 Конвенции. Следовательно, реальный выбор домашних родов должен существовать, в противном случае статья 8 Конвенции будет нарушена сама по себе.

11. Правовая основа в двух странах немного отличается. В Чешской Республике отсутствует положение о преследовании акушерок. Однако оборудование, требуемое в Законе о медицинских

услугах и Декрете № 92/2012, делает невозможным для матерей привлекать акушерок для оказания им помощи при домашних родах. Закон в двух странах, несмотря на разный набор правил, делает ассистируемые домашние роды невозможными в случае Венгрии и небезопасными в Чешской Республике. Поэтому родители не имели реального выбора также и в последнем государстве, поскольку домашние роды в отсутствие акушерки неоспоримо ставят жизни матери и ребенка под угрозу. Таким образом, законодательство Чешской Республики *de facto* препятствует домашним родам и оказывает сдерживающее влияние на матерей, желающих рожать дома.

12. Кроме того, некоторые страны, вдохновленные соответствующими международными документами и прецедентной практикой Европейского Суда, недавно изменили свое законодательство, чтобы соблюдать право выбирать обстоятельства и место родов (например, Эстония в 2014 году, которая основала свое регулирование на определении нормальных родов ВОЗ). Постановление по настоящему делу, размывая принципы, разработанные в деле Терновски, может добавить запутывающий сигнал в складывающуюся тенденцию. Это конфликтует с собственными взглядами большинства судей, выраженными в § 189 настоящего Постановления, где Европейский Суд призывает власти Чешской Республики добиваться новых успехов в поддержании постоянного контроля над соответствующими правовыми положениями, чтобы обеспечить, что они отражают медицинские и научные достижения.

### IV. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКИХ УСЛУГ В ЧЕШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

13. До более тщательного рассмотрения мотивировки Европейского Суда мы хотели бы проанализировать более широкий контекст данного вопроса. Важны два аспекта: распространенная неудовлетворенность уклонением от уважения выбора женщин при деторождении в чешских больницах и экономическое измерение оказываемых акушерских услуг.

14. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин получил несколько жалоб против Чешской Республики на необязательное медицинское вмешательство, осуществляемое без предварительного информированного и свободного согласия женщин, особенно во время родов. Комитет рекомендовал, чтобы женщины имели выбор места родов, и в своих замечаниях о Чешской Республике от 14 марта 2016 г. (CEDAW/C/CZE/CO/6) прямо упомянул непропорциональные ограничения домашних родов, а также ненадлежащие ограничения использования акушерок вместо врачей в ситуациях, когда это не создавало угрозы здоровью (см. с. 9 замечаний Комитета, § 30).

15. Покровительственное отношение среди медицинского персонала не следует воспринимать легкомысленно, поскольку оно может составлять нарушение права лица на самоопределение в соответствии с Конвенцией<sup>1</sup>. Европейский Суд в прошлом прямо признавал обязанность привлекать лиц к принятию решений относительно их лечения (см. Постановление Европейского Суда по делу «Гласс против Соединенного Королевства» (Glass v. United Kingdom), жалоба № 61827/00, §§ 70–83, ECHR 2004-II, и Постановление Европейского Суда по делу «Тысёнц против Польши» (Tysiąc v. Poland), жалоба № 5410/03, §§ 114–130, ECHR 2007-I).

16. В этой связи тревожные знаки уже отмечались в прецедентной практике Европейского Суда, что касается событий в Чешской Республике. Например, Европейский Суд установил нарушение статьи 8 Конвенции в деле, которое затрагивало принятую судом предварительную меру, требующую возвращения в больницу новорожденного и матери, которая только что родила и немедленно направилась домой, и отсутствие средства правовой защиты для обжалования этой предварительной меры (см. Постановление Европейского Суда по делу «Ганзелковы против Чешской Республики» (Hanzelkovi v. Czech Republic) от 11 декабря 2014 г., жалоба № 43643/10). Европейский Суд, в частности, указал, что принятие под опеку новорожденного ребенка при родах являлось крайне жесткой мерой и что обычно требуются настоятельные причины для изъятия ребенка из-под опеки матери против воли последней.

17. Косвенно препятствуя акушеркам в оказании помощи во время домашних родов по закону, через избыточно жесткие требования, предъявляемые к доступному оборудованию, государственный сектор здоровья и больницы приобретают *de facto* монопольное положение в этой сфере. Если государственная монополия сопровождается серьезным ограничением ключевых прав, предусмотренных статьей 8 Конвенции, она заслуживает тщательного анализа со стороны Европейского Суда. Это вызвано тем фактом, что при создании

законодательной базы государства экономические интересы могли играть решающую роль, чем защита новорожденного ребенка.

18. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин пригласил Чешскую Республику стать более активной на законодательном уровне, чтобы сделать деторождение при содействии акушерок вне больниц безопасным и доступным выбором для женщин (CEDAW/C/CZE/CO/6, с. 9, § 31). Как будет установлено далее, менее решительные меры, чем те, что в настоящее время введены внутригосударственной законодательной базой, безусловно доступны в этом отношении без принесения в жертву интереса государства в защите матерей и их новорожденных детей.

## V. РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ДОМАШНИМИ РОДАМИ

19. В отношении рисков, связанных с домашними родами, аргумент общественного здоровья, выдвинутый властями Чешской Республики, вопреки мнению большинства судей (см. § 186 настоящего Постановления), не является убедительным сам по себе.

20. Как отмечено Королевским колледжем акушерок, осуществление родов дома без помощи акушерки порождает риски для матери и ребенка, и женщины могут засомневаться при перевозке в больницу в случае возникновения осложнений во время неассистируемых домашних родов, в связи со стигматизацией, с которой сталкиваются те, кто решает рожать таким образом (см. § 138 настоящего Постановления).

21. Мало того, статистические данные, предоставленные властями государства-ответчика, допускают иной аргумент при сопоставлении с информацией, доступной в отношении других стран. Даже хотя Чешская Республика имеет один из самых низких показателей перинатальной смертности, 0,17% для новорожденных в первые 27 дней, данный показатель ниже или только незначительно выше, чем в ряде стран, допускающих домашние роды<sup>2</sup>. Например, рассматриваемый показатель составляет 0,16% в Швеции и 0,12% в Исландии, где плановые и ассистируемые домашние роды имеют место.

22. Кроме того, Европейский Суд не рассматривал международные тенденции в отношении ассистируемых домашних родов и меры регулирования акушерства. Доклад, изданный ВОЗ еще в 1996 году (WHO/FRH/MSM/96.24), указывал:

«Нидерланды являются развитой страной с официальной системой домашних родов. Показатель домашних родов существенно колеблется в разных

<sup>1</sup> См. сходное следствие, лорд Керр и лорд Рид (с которыми согласились лорд Нейбергер, лорд Кларк, лорд Уилсон и лорд Ходж) в: *Montgomery (Appellant) v. Lanarkshire Health Board (Respondent) (Scotland)* [2015] UKSC11 (11 марта 2015 г.), § 81: «Общественное и правовое развитие, которые мы упомянули, отходит от модели отношений между врачом и пациентом на основании медицинского патернализма. Оно также отступает от модели, основанной на мнении о пациенте как полностью зависящем от информации, предоставленной врачом. Оно указывает на подход к закону, который вместо этого рассматривает пациентов как отдающихся в руки своих врачей (а затем склонных привлекать врачей в случае разочаровывающего исхода), относится к ним, насколько возможно, как ко взрослым, которые способны понимать, что успех лечения является неопределенным, и оно может влечь риски, принимают на себя ответственность за принятие рисков, затрагивающих их собственную жизнь, и живут с последствиями их выбора».

<sup>2</sup> См. приложение C2: Neonatal Mortality Rate for annual deaths [numbers and rates per 1000 live births] // *European Perinatal Health Report: The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, май 2013 года.

регионах и даже в крупных городах. Исследование перинатальной смертности показывает отсутствие корреляции между региональной госпитализацией при родах и перинатальной смертностью (*Treffers and Laan*, 1986). Исследование, проведенное в провинции Гелдерланд, сравнило «акушерский результат» домашних родов и больничных родов. Результаты предполагали, что для первородящих женщин с низкорисковой беременностью домашние роды так же безопасны, как и больничные роды. Для низкорисковых многорожавших женщин результат домашних родов был значительно лучше, чем результат больничных родов (*Wiegers et al.*, 1996). Не имеется данных о том, что эта система ухода за беременными женщинами может быть улучшена за счет увеличения медиализации родов (*Buitendijk*, 1993)» (с. 12).

23. В своем докладе «Законодательство и регулирование акушерства – делая безопасное материнство возможным» (*Legislation and Regulation of Midwifery – Making Safe Motherhood Possible*), изданном в 2011 году, ВОЗ даже указала, что «сейчас имеются убедительные доказательства, которые подкрепляют недавнюю рекомендацию о том, что все женщины должны иметь квалифицированного помощника во время беременности, деторождения... чтобы достичь цели сделать беременность безопаснее» (с. 7).

24. По всем этим причинам мы придерживаемся мнения о том, что информированная здоровая будущая мать, вынашивающая низкорисковую беременность, может разумно выбрать домашние роды, ассистируемые акушеркой, и что данный выбор не связан с чрезмерным риском для матери или для ребенка.

## VI. ПРЕДЕЛЫ УСМОТРЕНИЯ И КОНСЕНСУС ПО ПОВОДУ НЕЗАПРЕЩЕНИЯ ДОМАШНИХ РОДОВ

25. Обратившись теперь к линии аргументации Европейского Суда, мы хотели бы рассмотреть пределы усмотрения, которыми располагало государство в этом конкретном деле (см. §§ 178 и последующие настоящего Постановления). Хотя мы согласны с большинством Европейского Суда в том, что согласно прецедентной практике пределы усмотрения, предоставленные внутрисудовым органам, должны быть широкими, мы пришли к такому заключению через слегка иную мотивировку, которая привела нас к выводу, что данное вмешательство не было необходимым в демократическом обществе.

26. Как упоминалось выше (см. § 5), государства обычно пользуются широкими пределами усмотрения, если затронуты конкурирующие частные и публичные интересы или несколько конвенционных прав. Поскольку именно таков настоящий случай, постольку, вопреки подходу большинства, необязательно определять, имеется ли консенсус между государствами-участниками относительно

домашних родов для установления широты пределов усмотрения государства.

27. Если государства имеют широкие пределы усмотрения в соответствии со статьей 8 Конвенции, вмешательство в права, предусмотренные данным положением, может быть оправданным при наличии «относимых и достаточных причин» (см. Постановление Европейского Суда по делу «Заец против Румынии» (*Zaieț v. Romania*) от 24 марта 2015 г., жалоба № 44958/05, § 50, упоминавшееся выше Постановление Европейского Суда по делу «Ганзелковы против Чешской Республики», § 72, Постановление Европейского Суда по делу «Винтерстейн и другие против Франции» (*Winterstein and Others v. France*) от 17 октября 2013 г., жалоба № 27013/07, §§ 75–76, и Постановление Большой Палаты Европейского Суда «S. и Марпер против Соединенного Королевства» (*S. and Marper v. United Kingdom*), жалобы №№ 30562/04 и 30566/04, § 101, *ECtHR* 2008-V). Поэтому при рассмотрении дела Европейский Суд должен воздавать должное интересам лица (см. Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Хаттон и другие против Соединенного Королевства» (*Hatton and Others v. United Kingdom*), жалоба № 36022/97, § 99, *ECtHR* 2003-VIII). По нашему мнению, Европейский Суд не отнесся достаточно внимательно в этом отношении к настоящему делу (см. ниже §§ 29 и последующие).

28. Даже если предположить, что Европейский Суд призван в настоящем деле рассмотреть вопрос о том, существовал ли консенсус среди государств относительно домашних родов, мы не согласны с подходом большинства к этому вопросу. В то время как почти 50% государств-участников допускают и регулируют домашние роды (20 из 43 обследованных государств-участников) и домашние роды не регулируются или недостаточно регулируются в 23 государствах-участниках, ни одно законодательство не запрещает помощь акушерок при домашних родах в любом из этих 43 государств (см. § 68 настоящего Постановления), и существует консенсус в пользу незапрещения домашних родов среди государств-участников.

29. Что касается пропорциональности *de facto* запрета домашних родов, мы разделяем позицию Конституционного суда Чешской Республики, который полагал, что:

«современное демократическое государство, основанное на верховенстве права, опирается на защиту индивидуальных и неотчуждаемых свобод, ограничение которых затрагивает человеческое достоинство. Эта свобода, которая включает свободу личной деятельности, сопровождается определенной степенью допустимого риска. Право родителей на свободный выбор места и способа родов ограничено только интересом в безопасных родах и здоровье ребенка, однако данный интерес не мог быть истолкован как

недвусмысленное предпочтение родов в родильном доме». (Решение № I. ÚS4457/12, процитированное в § 34 настоящего Постановления.)

30. Таким образом, несмотря на широкие пределы усмотрения, доступные государству, законодательная база, предусматривающая только один вариант родов, а именно в больнице, не может рассматриваться как пропорциональная и составляет необязательное вмешательство государства в права женщин в соответствии со статьей 8 Конвенции. Кроме того, мы отмечаем, как отказалось признать большинство, что до настоящего времени в Чешской Республике отсутствуют родовые центры в связи с обширными требованиями, предъявляемыми к таким центрам с точки зрения технических, материальных и людских ресурсов (см. § 149 настоящего Постановления).

## VII. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛ ДУБСКИ И КРЕЙЗОВОЙ

31. Теперь мы обратимся к конкретным обстоятельствам двух заявительниц в настоящем деле. Приобретя неприятный опыт во время первых родов в больнице, Дубска решила рожать второго ребенка самостоятельно дома. Ее вторая беременность, пока она не родила сына в мае 2011 года, была свободна от каких-либо осложнений (см. § 10 настоящего Постановления). Тем не менее она не смогла найти акушерку, которая помогла бы ей.

32. Крейзова родила своих первых двух детей в 2008 и 2010 годах при содействии акушерки. Однако акушерка присутствовала при родах без какой-либо санкции со стороны государства. Когда Крейзова в 2011 году забеременела вновь, она не смогла найти акушерку, желающую ей помочь, по причине угрозы применения суровой санкции (см. § 19 настоящего Постановления). Внутригосударственные органы, к которым она обратилась, не хотели искать решение, поэтому она была вынуждена рожать в больнице. Два этих примера являются прекрасной иллюстрацией сдерживающего влияния на домашние роды, вызванного законодательством Чешской Республики.

33. В обоих случаях отсутствовали риски или осложнения, связанные с беременностью заявительниц, которые требовали бы ведения их родов в больнице. В то время как «низкорисковые» беременности действительно могут столкнуться с неожиданными сложностями во время родов, довод

властей Чешской Республики, сформулированный в § 186 настоящего Постановления, сам по себе не может оправдать абсолютный *de facto* запрет при таких обстоятельствах. Данный аргумент является спорным, поскольку показатель перинатальной смертности в странах, где разрешались домашние роды при содействии акушерки, часто даже меньше или только незначительно больше, чем чешский показатель (см. § 21 настоящего Постановления). Кроме того, Конституционный суд Чешской Республики указал, что имеется определенная степень допустимого риска в подобных вопросах (см. § 29 настоящего Постановления).

34. Поэтому мы утверждаем, что в части «низкорисковых» беременностей возможно и разумно разрешить родителям выбирать обстоятельства родов при условии защиты в то же время интересов ребенка, защищаемых статьей 2 Конвенции. Однако это требует от государства обеспечить, чтобы акушерки могли оказывать помощь при родах или, по крайней мере, означает, что оно не должно препятствовать им в оказании такой помощи.

## VIII. ВЫВОДЫ

35. В заключение мы полагаем, что безальтернативная модель родов, предусмотренная законодательством Чешской Республики, которая не оставляет будущим матерям иного выбора, кроме родов в больнице, сама по себе проблематична, что касается статьи 8 Конвенции. Воспрепятствование акушеркам в оказании помощи двум заявительницам при родах дома, тем более при обстоятельствах низкорисковых беременностей непоророждающих матерей, было, по нашему мнению, неоправданным в демократическом обществе каким-либо убедительным аргументом общественного здоровья.

36. На будущее мы можем только подчеркнуть призыв Европейского Суда к чешскому законодателю, а именно «предпринять дополнительные успешные меры путем постоянного контроля соответствующих законодательных норм, чтобы обеспечить отражение ими медицинского и научного развития *при полном уважении прав женщин* в сфере репродуктивного здоровья, особенно в виде обеспечения адекватных условий для пациенток и медицинского персонала в родильных домах по всей стране» (см. последнее предложение § 189 настоящего Постановления, курсив наш).