

УДК 340: 342.7

DOI <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2025.91.5.25>

НОВІТНІ МЕДИЧНІ ПРАВА УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ У МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОМУ ТА ЄВРОПЕЙСЬКОМУ КОНТЕКСТІ

Малеш П.В.,

аспірантка

Трнавського університету (Словацька республіка),

асистентка кафедри адміністративного,

фінансового та інформаційного права

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ORCID: 0009-0007-1678-7492

e-mail: polina.malesh@uzhnu.edu.ua

Гербут В.С.,

доцентка кафедри адміністративного,

фінансового та інформаційного права

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ORCID: 0000-0002-6563-3592

e-mail: viktoriya.gerbut@uzhnu.edu.ua

Малеш П.В., Гербут В.С. Новітні медичні права українських біженців у міжнародно-правовому та європейському контексті.

Сучасні міграційні процеси, спричинені повномасштабною збройною агресією проти України, зумовили безпрецедентне зростання кількості осіб, які набули статусу біженців у країнах Європейського Союзу. Така ситуація актуалізувала питання не лише базових соціальних гарантій, а й доступу до новітніх медичних послуг, зокрема трансплантації анатомічних матеріалів та застосування допоміжних репродуктивних технологій. Міжнародно-правові документи, що визначають статус біженців, передбачають загальні принципи недискримінації та рівного доступу до медичної допомоги, однак не містять прямих та чітких гарантій забезпечення права на доступ до високоспеціалізованих медичних послуг. Це створює суттєві прогалини у практичній реалізації прав осіб, які перебувають у статусі біженців, та обумовлює нерівність у доступі до медичних ресурсів.

Дослідження виявило, що ключовими перешкодами у реалізації відповідних прав є мовні та культурні бар'єри, брак медичної документації, відсутність ефективних механізмів обміну інформацією між країнами, низька поінформованість біженців щодо власних прав і доступних послуг, обмеженість ресурсів систем охорони здоров'я, а також неузгодженість дій між різними надавачами медичних послуг. Зазначені бар'єри у сукупності істотно обмежують можливості доступу до трансплантаційного лікування та репродуктивних процедур, навіть попри наявність загальних правових гарантій.

У статті проаналізовано міжнародно-правові акти, що регулюють статус біженців, зокрема Конвенцію про статус біженців, Директиву ЄС про тимчасовий захист, а також положення Нового пакту про міграцію та притулок.

Крім того, виявлено, що національні системи охорони здоров'я окремих держав ЄС демонструють позитивні приклади інтеграції біженців до системи надання медичних послуг, зокрема Польща, де забезпечено рівний доступ до медичної допомоги, передбачено переклад інформації українською мовою та створено механізми покриття вартості лікування. Водночас такі практики залишаються фрагментарними й потребують більшої системності та узгодженості на рівні Європейського Союзу.

Зроблено висновок, що для забезпечення ефективного та рівноправного доступу біженців до високоспеціалізованих медичних послуг необхідно вдосконалити нормативно-правову базу як на

міжнародному, так і на національному рівнях, створити механізми обміну медичною інформацією, усунути комунікаційні бар'єри та запровадити цілісний організаційний підхід у системі охорони здоров'я.

Ключові слова: біженці, доступ до медичних послуг, трансплантація, допоміжні репродуктивні технології, право на охорону здоров'я, міжнародно-правові гарантії, Європейський Союз, недискримінація.

Malesh P.V., Gerbut V.S. The newest medical rights of Ukrainian refugees in the international legal and European context.

Modern migration processes, caused by full-scale armed aggression against Ukraine, have led to an unprecedented increase in the number of persons who have acquired refugee status in the countries of the European Union. This situation has brought to the fore the issue of not only basic social guarantees, but also access to modern medical services, in particular, transplantation of anatomical materials and the use of assisted reproductive technologies. International legal documents that define the status of refugees provide for general principles of non-discrimination and equal access to medical care, but do not contain direct and clear guarantees of ensuring the right to access to highly specialized medical services. This creates significant gaps in the practical implementation of the rights of persons with refugee status and causes inequality in access to medical resources.

The study found that key obstacles to the realization of these rights include language and cultural barriers, lack of medical documentation, lack of effective mechanisms for information exchange between countries, low awareness of refugees about their rights and available services, limited resources in health systems, and lack of coordination between different health care providers. These barriers, taken together, significantly limit access to transplantation and reproductive procedures, even despite the existence of general legal guarantees.

The article analyzes international legal instruments regulating the status of refugees, in particular the Convention relating to the Status of Refugees, the EU Directive on Temporary Protection, and the provisions of the New Pact on Migration and Asylum.

In addition, it was found that the national health systems of individual EU countries demonstrate positive examples of integrating refugees into the health care system, in particular Poland, where equal access to medical care is ensured, information is translated into Ukrainian, and mechanisms for covering the cost of treatment have been created. At the same time, such practices remain fragmented and require greater consistency and coherence at the European Union level.

It was concluded that in order to ensure effective and equal access of refugees to highly specialized medical services, it is necessary to improve the regulatory framework at both the international and national levels, create mechanisms for exchanging medical information, eliminate communication barriers, and introduce a holistic organizational approach in the health care system.

Key words: refugees, access to medical services, transplantation, assisted reproductive technologies, right to health care, international legal guarantees, European Union, non-discrimination.

Постановка проблеми. Сучасні міграційні процеси, зумовлені повномасштабною війною в Україні, спричинили безпрецедентне збільшення кількості осіб, які набули статусу біженців у країнах Європейського Союзу. Міжнародно-правові акти, що регулюють статус біженців, забезпечують базові гарантії недискримінації та доступу до медичної допомоги, однак не містять чітких положень щодо новітніх медичних прав, зокрема права на доступ до трансплантації та допоміжних репродуктивних технологій. Наявна правова невизначеність у поєднанні з організаційними бар'єрами, браком інформації, мовними та культурними перешкодами створює суттєві труднощі для реалізації цих прав. Це вимагає комплексного аналізу правових механізмів та практичних аспектів забезпечення доступу біженців до спеціалізованих медичних послуг.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням кількості українських біженців, необхідністю забезпечення рівноправного доступу до охорони здоров'я та недостатнім рівнем нормативного врегулювання питань реалізації новітніх медичних прав у міжнародно-правових актах. У сучасних умовах особливого значення набуває не лише гарантування базових прав, а й доступ до високоспеціалізованих медичних послуг, які безпосередньо пов'язані з правом на життя, гідність та охорону здоров'я. Аналіз існуючих бар'єрів та кращих практик є необхідною передумовою для формування ефективних правових та організаційних механізмів забезпечення цих прав, що

має важливе значення як для міжнародної спільноти, так і для України як держави походження великої кількості біженців.

Стан опрацювання проблематики. Чимало загальних досліджень стосувалися доступу до медицини як такого, що відображається, зокрема, у працях вчених як М.М. Білинська, З.С. Гладун, Д.В. Карамішев, О.Д. Корвецький, В.М. Лехан; З.О. Надюк, Н.Д. Солоненко, Я.Ф. Радиш. Інші дослідження стосувалися доступу біженців до репродуктивних технологій та процедур трансплантації, як-от В. Брау, Р. Кемпбел, П. Новотна та інші.

Метою статті є дослідження нормативно-правових гарантій та практичних аспектів реалізації новітніх медичних прав біженців у європейських країнах, виявлення системних перешкод і визначення напрямів удосконалення механізмів доступу до охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Відповідно до показників Міністерства економіки викладених у Моніторингу основних подій в економіці України станом на серпень 2025 року наразі налічується близько 5,6 млн біженців з України по всьому світу, найбільша кількість яких зосереджена у країнах Європи [1, с. 26].

З метою забезпечення прав біженців, тобто осіб, які внаслідок певних чинників чи подій були вимушені покинути власний дім та країну походження, на міжнародному рівні діє низка нормативно-правових актів, які окреслюють правовий статус таких осіб та гарантії їхнього захисту. Зокрема, йдеться про Конвенцію про статус біженців [2], а також про Директиву тимчасового захисту [3], яка вперше зазнала імплементації саме у зв'язку із повномасштабною війною на території України.

Тим не менше, говорячи про питання забезпечення так званих новітніх прав, як-от право на застосування допоміжних репродуктивних технологій чи-то права на доступ до процедур трансплантації, варто зауважити, що у даних документах не визначені експліцитно гарантії таких прав.

З одного боку, не можна говорити про те, що це одразу заперечує чи стає перешкодою у можливості реалізації такого права, адже, звертаючись до текстів як Конвенції, так і Директиви (так і нового Пакту про міграцію та біженство [4], до речі), присутні положення про неприпустимість дискримінації та доступ до тих прав, якими особа могла б користатися і без статусу біженця (ст. 3 та 5 Конвенції про статус біженців), гарантії соціального забезпечення (зокрема, у зв'язку із материнством та хворобою (п. б ч. 1 ст. 24 Конвенції); право на соціальний захист, а також медичну допомогу (ч. 2 ст. 13 Директиви про тимчасовий захист); запозичення кращих практик та інструментів в ключових сферах, зокрема в охороні здоров'я, та забезпечення повного використання мігрантами Європейського стовпа соціальних прав (абз. 3 розділу 8 Повідомлення Єврокомісії щодо Нового пакту про міграцію та притулок). Аналогічні позиції щодо заборони дискримінації та забезпечення рівноправного доступу до медичної допомоги належної якості висловлені і в Конвенції про права людини та біомедицину (ст. 1 та 3) [5].

З іншого ж боку, практика демонструє, що наявних загальних положень видається недостатньо для надання рівного доступу до таких послуг як допоміжні репродуктивні технології чи трансплантація анатомічних матеріалів. Про це, зокрема, було наголошено Центром репродуктивного здоров'я, де, зокрема, зазначалося, що системні бар'єри, включаючи політичні обмеження, відсутність доступних послуг та серйозні прогалини в інформації, досі перешкоджають біженцям у деяких державах-членах отримати необхідну допомогу [6]. У деяких випадках біженці змушені залишати ЄС та повертатися до України, щоб звернутися за медичною допомогою, в тому числі пов'язаною з репродуктивним здоров'ям.

Це підтверджується також і загальними принципами того, що трансплантаційне лікування має бути доступне певним пацієнтам-нерезидентам, які вже перебувають під юрисдикцією європейських держав, включаючи пацієнтів, які страждають від раптових клінічних станів, що загрожують життю, без альтернативних терапевтичних варіантів, неповнолітніх, які не мають доступу до трансплантаційної допомоги у своїй країні проживання, біженців, шукачів притулку та вагітних жінок. Лікування таких пацієнтів повинно здійснюватися на основі основних прав людини.

Так, і Європейський суд з прав людини у справі D. проти Великої Британії 1997 року постановив, що позбавлення негромадянина необхідного лікування порушує право на життя, закріплене у ст. 2 Європейської конвенції з прав людини. Суд прирівняв відмову в лікуванні до катування (ст. 3), коли це спричиняє смерть пацієнта, та встановив, що Велика Британія порушила основоположне право на життя, відмовивши негромадянину в можливості отримати належне лікування, засудивши його до повернення до рідної держави, де такого лікування не існує [7].

Так само будь-яка держава чи система трансплантації порушить основоположене право на життя, відмовивши в трансплантації нерезиденту, якщо він доведе, що цей варіант недоступний у його рідній країні та/або він перебуває в ситуації, що загрожує життю.

Однак етичний обов'язок надавати лікування на основі права на життя має певні обмеження у випадку, зокрема, трансплантації. Стверджується, що допущення шкоди шляхом відмови в ресурсах (у цьому випадку, органі) не підпадає під ту саму моральну категорію, що й вчинення або бездіяльність у стандартних діях [8, с. 52]. У цьому випадку органи трансплантації та уряди мають право встановити правову базу, яка забезпечує належний розподіл ресурсів країн, та розподіляти органи на основі прозорих та справедливих клінічних критеріїв. Таким чином, за загальних обставин, вони не будуть морально зобов'язані надавати обмежені ресурси нерезидентам.

Так, чимало досліджень щодо доступу біженців та мігрантів до репродуктивних послуг приходять до висновку про наявність низки системних проблем, які виникають безвідносно країни перебування чи країни походження того чи іншого біженця. Серед таких проблемних аспектів, зокрема, виокремлюють:

Мовні та культурні бар'єри. Серед низки досліджень виділялося, що біженці та мігранти часто не отримують належні пояснення щодо медичних процедур з огляду на відсутність перекладача взагалі або ж надання послуг інтерпретації волонтерами та громадськими організаціями із відсутністю конкретної професійної кваліфікації, і як наслідок, така допомога часто надається на основі поганої комунікації, що є ключовою перешкодою для отримання інформованої згоди від пацієнта [9].

Необхідна інформація для медичних працівників. Вбачається, що у багатьох випадках біженці вимушені терміново залишати свою країну походження, коли особа, рятуючись від загрози, не передбачає необхідності взяти необхідні документи пов'язані з її здоров'ям чи тим паче історію хвороби із медичного закладу чи сімейного лікаря. Так, на початку повномасштабної існувала можливість перетину кордону без закордонного паспорту, не говорячи вже про всю необхідну медичну інформацію [10].

У зв'язку з цим неодноразово наголошувалося, що відсутність що адекватної системи обміну медичними даними між країнами ЄС, відстеження пацієнтів, які переміщуються з однієї країни до іншої, часто слугує проблемою та може призвести до втрати відповідної інформації про стан здоров'я та історію хвороби пацієнта.

Це питання було розглянуто в дослідженні, проведеному Міжнародною організацією з міграції (МОМ), яке описує розробку та пілотне тестування електронної особистої медичної карти (e-PHR) з метою забезпечення доступності записів про оцінку здоров'я мігрантів протягом усього міграційного шляху [11].

Необхідна інформація для біженців та мігрантів. У багатьох випадках перешкодою для доступу до медичної допомоги та належного використання послуг може слугувати брак знань про права пацієнта та доступні послуги для біженців та мігрантів. Зокрема, це може стосуватися первинного запису на прийом, інформації про медичні послуги для мігрантів після прибуття до країни та труднощі в орієнтуванні в системі охорони здоров'я, зокрема в контексті спеціалізованих послуг, таких як допоміжні репродуктивні технології та трансплантація.

Можливими шляхами вирішення такої проблеми пропонується надання письмових матеріалів, що відповідають мовам, використання міжкультурних посередників та/або громадських медичних освітян для сприяння програмам зміцнення здоров'я та освіти. Схожу процедуру запровадили в Іспанії, де було розроблено стратегію інформування мігрантів про їхні права [12].

Організація та якість послуг. Часто у зв'язку із великою кількістю біженців (крім "регулярних" пацієнтів тієї чи іншої країни) виникає обмеженість у доступі до тих чи інших послуг, як-от переповненості лікарень та збільшення часу очікування. Нерівномірний розподіл обладнання, брак транспорту, підвищена залежність від служб невідкладної допомоги часто описувалися в окремих дослідженнях, підкреслюючи необхідність покращення доступу до медичної допомоги [13].

Зазначається, що відповідний тягар забезпечення належної якості послуг покладається на відповідні заклади охорони здоров'я, для яких одним із оптимальних рішень могло б стати прийняття «цілісного організаційного підходу», здатного впровадити комплексний процес змін, тобто розробка конкретних програм, що враховують пріоритети біженців та мігрантів, адаптація процесів та послуг, а також ефективне навчання персоналу на всіх рівнях, щоб надавати якісні медичні послуги скоординовано та справедливо [14].

5. *Відсутність координації між надавачами медичних послуг.* Дана проблема органічно виходить із попередніх і пов'язана насамперед із тим, що присутність різних неурядових організацій та груп волонтерів у поєднанні з відсутністю організації сприяє хаотичній та неадекватній співпраці між різними надавачами медичних послуг. Нескоординовані втручання багатьох різних постачальників медичних послуг часто не задовольняють потреби в охороні здоров'я, а лише призводять до перекриття та дублювання. Так, у звіті МОМ було наголошено, що відсутність координації не лише створює плутанину в розподілі завдань, але й призводить до зловживання людськими та економічними ресурсами [15].

Тим не менш, не можна не звернути увагу і на позитивні практики. Так, до прикладу, у Польщі біженці, які потребують медичної допомоги, включаючи госпіталізацію, будуть оброблятися відповідно до правил, що застосовуються до громадян Польщі [16]. Вся інформація щодо медичної підтримки надається на веб-сайті Міністерства охорони здоров'я польською та українською мовами, а також пропозиції роботи для медичних працівників обома мовами. Також є веб-сайт, присвячений пацієнтам обома мовами. Українські біженці також можуть отримати польський ідентифікаційний номер. Їм також було надано право купувати основні ліки в аптеках за спеціальним рецептом (версія статті), оскільки всі рецепти в Польщі тепер є електронними рецептами. Польський національний фонд охорони здоров'я, який покриває витрати на послуги діалізу для громадян Польщі як у державних, так і в приватних відділеннях діалізу, також відшкодовує витрати на замісну ниркову терапію для українських біженців, які потребують діалізу.

Висновки. Узагальнюючи викладене, можна дійти висновку, що нормативно-правові акти міжнародного рівня, які визначають статус і права біженців, містять низку загальних положень щодо недискримінації та доступу до базових соціальних і медичних послуг, однак вони не гарантують експліцитного права на застосування допоміжних репродуктивних технологій чи трансплантацію анатомічних матеріалів.

Практика доводить, що наявність таких загальних гарантій не забезпечує рівного доступу до спеціалізованих медичних послуг, що особливо відчутно вразливими групами, до яких належать біженці. Системні бар'єри, як-от мовні та культурні труднощі, відсутність належної медичної документації та обміну даними між країнами, низька поінформованість біженців щодо власних прав, обмеженість ресурсів у медичних закладах і відсутність належної координації між різними надавачами послуг, суттєво ускладнюють доступ до медичної допомоги.

Водночас окремі позитивні практики окремих країн демонструють, що створення доступного інформаційного середовища, спрощення процедур, інтеграція біженців у національні системи охорони здоров'я та координація дій різних суб'єктів можуть суттєво покращити ситуацію. Відтак, для забезпечення ефективного та рівноправного доступу біженців до медичних послуг, зокрема у сферах трансплантації та репродуктивних технологій, необхідне поєднання міжнародних зобов'язань із національними механізмами реалізації прав, а також усунення системних бар'єрів шляхом упровадження цілісного організаційного підходу, належного управління ресурсами та міжсекторальної співпраці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Моніторинг основних подій в економіці України. *Міністерство економіки, довкілля та сільського господарства України*. 2025. URL: <https://me.gov.ua/view/a3bcf619-5551-4f23-bc04-19f861cc8b92>.
2. Конвенція про статус біженців. *Організація Об'єднаних Націй*. 1951. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_011#Text.
3. Council Directive 2001/55/EC of 20 July 2001 on minimum standards for giving temporary protection in the event of a mass influx of displaced persons and on measures promoting a balance of efforts between Member States in receiving such persons and bearing the consequences thereof. *Official Journal of the European Communities*. 2001. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32001L0055>.
4. Communication from the Commission on a New Pact on Migration and Asylum. COM(2020) 609 final. *European Commission*. 2020. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0609>.

5. Конвенція про права людини та біомедицину. Рада Європи. 1997. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text.
6. EU must guarantee access to reproductive healthcare for Ukrainian refugees. *Centre for Reproductive Rights*. 2025. URL: <https://reproductiverights.org/eu-access-reproductive-healthcare-ukrainian-refugees>.
7. Case of D. v. the United Kingdom (Application no. 30240/96) of 2 May 1997. *ECHR*. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-58035>.
8. Hall T. Doing Harm, Allowing Harm, and Denying Resources. *Journal of Moral Philosophy*. 2008. 5(1). P. 50–76. URL: <https://doi.org/10.1163/174552408X306726>.
9. Bischoff A., Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC health services research*. 2010. No. 248(10). URL: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-248>.
10. Україна продовжила можливість виїзду за внутрішнім паспортом. BBC News. 2022. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/news-61138980>.
11. Electronic Personal Health Record (e-PHR). International Organisation for Migration (IOM). URL: <https://www.iom.int/ephr>.
12. Plataforma Somos Migrantes. URL: <https://observatoriodesigualdadandalucia.org/iniciativas/plataforma-somos-migrantes>.
13. Bradby H., Humphris R., Newall D., Phillimore J. Public Health Aspects of Migrant Health. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*. 2015. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27536765>.
14. Bischoff A., Chiarenza A., Loutan L. «Migrant-friendly hospitals»: a European initiative in an age of increasing mobility. *World Hosp Health Serv*. 2009. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20136027>.
15. Assessment Report: Health Situation at EU's Southern Borders – Migrant, Occupational, and Public Health – Italy. IOM. 2014. URL: <https://surli.cc/xvfthk>.
16. Stock P.G., et. al.. Transplantation in the Context of Migration and Refugees. URL: <https://surli.it/krwwbg>.