

ГЕНДЕРНО ЗУМОВЛЕНІ НАСЛІДКИ КАРАНТИННИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ДОСТУПУ ЖІНОК ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ

ЗАМУЛА Аліна Юріївна - к.ю.н., доцент, доцент кафедри міжнародного та європейського права Факультету права та міжнародних відносин Державного некомерційного підприємства «Державний університет «Київський авіаційний інститут»

ORCID: 0000-0002-0428-9783

DOI: <https://doi.org/10.71404/LAW.UA.2026.1.29>

Стаття присвячена аналізу гендерно зумовлених наслідків карантинних заходів, запроваджених у відповідь на пандемію, для доступу жінок до охорони здоров'я та соціального захисту. Обґрунтовується теза про те, що формально універсальні обмежувальні заходи мали диференційований вплив на жінок і чоловіків, що зумовлено структурною соціально-економічною нерівністю та традиційним розподілом соціальних ролей. Особлива увага приділяється звуженню доступу жінок до репродуктивної медицини, профілактичних і скринінгових програм, допологового та післяпологового догляду, а також до послуг у сфері психічного здоров'я в умовах перерозподілу медичних ресурсів.

У статті здійснено аналіз міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я та соціального захисту, закріплених у Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права, Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, а також у регіональних актах Ради Європи. Наголошується, що навіть в умовах надзвичайних ситуацій держави зберігають позитивні зобов'язання щодо забезпечення рівного та недискримінаційного доступу жінок до медичних і соціальних послуг, а карантинні заходи мають відповідати принципам законності, необхідності, пропорційності та тимчасовості.

Окремо розглянуто соціально-економічні наслідки карантину для жінок, зокрема їхню підвищену економічну вразливість у зв'язку з концентрацією в секторах нестабільної та неформальної зайнятості, а також обмеже-

ний доступ до механізмів соціального забезпечення. Проаналізовано практику окремих держав Європейського Союзу, США та країн, що розвиваються, яка свідчить про наявність елементів непрямой дискримінації в реалізації антикризових соціальних програм.

У роботі також досліджено проблему зростання насильства за ознакою статі в умовах карантину та обмеження доступу постраждалих жінок до медичних, соціальних і правових механізмів захисту. Зроблено висновок, що пандемія виявила системні прогалини в імplementації міжнародних стандартів захисту прав жінок та актуалізувала необхідність інтеграції гендерно чутливого підходу в правове регулювання надзвичайних ситуацій.

Ключові слова: права жінок, пандемія, карантинні заходи, право на охорону здоров'я, соціальний захист, гендерна рівність, недискримінація, міжнародне публічне право, міжнародні стандарти.

Постановка проблеми

Запровадження карантинних заходів у відповідь на пандемію поставило перед державами складне завдання забезпечення балансу між захистом здоров'я населення та дотриманням міжнародно-правових зобов'язань у сфері прав людини, водночас виявивши непропорційний і гендерно зумовлений вплив таких обмежень на доступ жінок до охорони здоров'я та соціального захисту. Попри наявність розвиненої системи універсальних і регіональних міжнародних стандартів, що гарантують недискримі-

наційний доступ до медичних і соціальних послуг навіть в умовах надзвичайних ситуацій, на практиці карантинна політика багатьох держав супроводжувалася звуженням доступу жінок до репродуктивної та профілактичної медицини, зростанням економічної вразливості та послабленням механізмів захисту від насильства за ознакою статі.

Це зумовлено поєднанням структурної гендерної нерівності, недостатньої інтеграції гендерного підходу в правове регулювання кризових ситуацій, обмеженості ресурсів та фрагментарної імплементації міжнародних зобов'язань на національному рівні. У зв'язку з цим актуалізується необхідність комплексного міжнародно-правового аналізу карантинних заходів крізь призму гендерної рівності з метою виявлення нормативних і практичних прогалин та формування ефективних правових механізмів захисту прав жінок у кризових і надзвичайних умовах.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Проблематика гендерно зумовлених наслідків карантинних заходів для доступу жінок до охорони здоров'я та соціального захисту знайшла відображення в працях вітчизняних і зарубіжних науковців та експертів, зокрема І. Нуруллаєва, Н. Камінської, Н. Лук'янова, О. Грішнова, А. Мірошніченко, Ж. Швачко, Н. Хендель, Т. Короткого, а також у дослідженнях міжнародних організацій ООН, ВООЗ, UN Women і Ради Європи. У зазначених публікаціях аналізуються питання дотримання принципів недискримінації та пропорційності під час запровадження карантинних обмежень, вплив кризових заходів на реалізацію соціально-економічних і медичних прав жінок, проблеми доступу до репродуктивної медицини та соціального забезпечення, а також зростання гендерно зумовленого насильства в умовах пандемії.

Мета і завдання дослідження

Метою дослідження є комплексний аналіз гендерно зумовлених наслідків карантинних заходів для доступу жінок до охорони здоров'я та соціального захисту крізь

призму міжнародно-правових стандартів прав людини, а також оцінка відповідності національних антикризових політик принципам недискримінації, пропорційності та належного захисту вразливих груп. Завданням дослідження є з'ясування змісту міжнародно-правових зобов'язань держав у сфері забезпечення права жінок на охорону здоров'я і соціальне забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій, аналіз гендерного виміру карантинних обмежень та їхнього впливу на реалізацію соціально-економічних і медичних прав, виявлення типових прогалин у національних механізмах імплементації міжнародних стандартів, а також визначення основних правових викликів і напрямів удосконалення гендерно чутливого регулювання в умовах криз і пандемій.

Виклад основного матеріалу

Запровадження карантинних заходів у відповідь на пандемію зумовило суттєві трансформації у функціонуванні систем охорони здоров'я та соціального захисту, а також у підходах держав до реалізації та обмеження прав людини. Хоча такі заходи мали на меті захист здоров'я населення та запобігання поширенню інфекційних захворювань, їх практична реалізація виявила нерівномірний вплив на різні соціальні групи. Обмеження мобільності, перерозподіл медичних ресурсів і тимчасове призупинення окремих соціальних програм позначилися на можливостях осіб реалізовувати свої базові соціальні та медичні права.

Особливо вразливою категорією в цих умовах виявилися жінки, для яких доступ до медичних послуг і соціальної підтримки зазнав додаткових обмежень, обумовлених гендерними чинниками. Йдеться, зокрема, про звуження доступу до репродуктивної медицини, профілактичних оглядів, а також послуг у сфері психічного здоров'я та соціального захисту. Такі тенденції актуалізують необхідність правового аналізу карантинних заходів крізь призму принципів недискримінації, пропорційності та належних гарантій захисту прав жінок у кризових умовах.

Міжнародні договори та інші універсальні й регіональні акти у сфері прав людини

закріплюють обов'язок держав забезпечувати ефективну реалізацію права на охорону здоров'я та соціальний захист на засадах рівності й недискримінації, у тому числі в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема пандемій. Відповідно до Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права право кожної особи на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я не може бути нівельоване навіть за наявності об'єктивних кризових обставин, а держави зобов'язані вживати всіх можливих заходів для його забезпечення з урахуванням потреб вразливих груп населення.

У розвиток зазначених універсальних стандартів особливе значення має спеціалізоване міжнародно-правове регулювання, спрямоване на захист прав жінок. Зокрема, положення Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW) покладають на держави-учасниці позитивні зобов'язання щодо усунення як прямої, так і непрямой дискримінації у сфері охорони здоров'я, соціального забезпечення та зайнятості [1]. Комітет CEDAW у своїх загальних рекомендаціях неодноразово наголошував, що надзвичайні ситуації не можуть слугувати виправданням для звуження стандартів захисту прав жінок, а заходи реагування на кризи мають розроблятися та впроваджуватися з урахуванням гендерного виміру.

Поряд із універсальними нормами важливу роль у формуванні стандартів обмеження прав людини в кризових умовах відіграє регіональний рівень захисту. У цьому контексті стандарти Ради Європи, зокрема Європейська конвенція з прав людини та практика Європейського суду з прав людини, вимагають від держав дотримання принципів законності, необхідності та пропорційності при запровадженні будь-яких обмежень прав і свобод. Навіть у разі дерагації за статтею 15 ЄКПЛ держави зберігають обов'язок забезпечувати захист від дискримінації та дотримання мінімальних гарантій у сфері права на життя, заборони нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження і поваги до приватного життя, що має безпосереднє значення для захисту жінок у кризових умовах [2].

Узагальнюючи положення універсальних і регіональних міжнародно-правових актів, можна дійти висновку, що карантинні заходи повинні відповідати принципам пропорційності, необхідності та тимчасовості, а також бути належно обґрунтованими з точки зору наукових даних і ефективності для досягнення легітимної мети - захисту здоров'я населення. Водночас міжнародні органи підкреслюють, що оцінка таких заходів не може обмежуватися лише їх формальною доцільністю, а має включати аналіз непрямих наслідків, зокрема гендерно зумовленого впливу на доступ жінок до медичних і соціальних послуг [3].

Саме тому неврахування специфічних потреб жінок під час розроблення та реалізації карантинної політики свідчить про наявність прогалин в імплементації міжнародних стандартів на національному рівні. Подолання цих прогалин вимагає від держав посилення механізмів моніторингу, застосування гендерно чутливого підходу до оцінки обмежувальних заходів та забезпечення реальної інтеграції міжнародних зобов'язань у національну правотворчу й правозастосовну практику. У цьому контексті особливої актуальності набуває аналіз гендерного виміру самих карантинних обмежень, оскільки саме на етапі їх проектування та реалізації формуються ключові ризики нерівного впливу на різні соціальні групи.

Карантинні заходи, запроваджені державами з метою протидії поширенню пандемії, продемонстрували відсутність гендерної нейтральності у своїх соціальних і правових наслідках. Попри формально універсальний характер обмежень у сфері мобільності, доступу до послуг та організації праці, їх практична реалізація виявила диференційований вплив на жінок і чоловіків з огляду на існуючі соціальні ролі та структурну нерівність.

У цьому контексті гендерний вимір карантинних обмежень проявляється передусім у непропорційному покладанні додаткових обов'язків на жінок, що істотно ускладнило реалізацію ними соціально-економічних і медичних прав [4].

Аналіз причин такого непропорційного впливу свідчить, що традиційна концентра-

ція жінок у сфері неоплачуваної або низькооплачуваної доглядової праці зумовила істотне зростання їхнього навантаження в умовах закриття закладів освіти, дошкільного виховання та соціального обслуговування. Обмеження доступу до інституційних форм догляду спричинило фактичну переорієнтацію відповідних функцій на рівень домогосподарств, що в більшості випадків призвело до покладання основного тягаря відповідальності саме на жінок. Як наслідок, посилення доглядового навантаження негативно позначилося не лише на фізичному та психологічному стані жінок, але й на можливості своєчасного звернення за медичною допомогою та отримання профілактичних і лікувальних послуг [5].

Подальший розгляд зазначеної проблематики дозволяє констатувати, що поєднання зростаючих доглядових обов'язків із дистанційною зайнятістю або втратою роботи в умовах карантину ще більше звузило здатність жінок реалізовувати право на охорону здоров'я на рівних засадах. Відсутність або недостатність гендерно чутливих підходів у формуванні та реалізації карантинної політики сприяла поглибленню вже наявних соціально-економічних нерівностей і підвищенню ризиків соціального виключення. Саме ці структурні дисбаланси зумовили необхідність окремого аналізу практичних наслідків карантинних обмежень у сфері охорони здоров'я, зокрема в частині доступності медичних послуг для жінок. У цьому зв'язку системний гендерний аналіз карантинних обмежень набуває особливого значення для оцінки їх відповідності міжнародним стандартам прав людини, принципу недискримінації та позитивним зобов'язанням держави у сфері захисту вразливих груп населення.

Одним із ключових наслідків запровадження карантинних заходів стало суттєве скорочення обсягу планової медичної допомоги, що безпосередньо вплинуло на реалізацію права жінок на охорону здоров'я. Пріоритетизація екстреної допомоги та лікування пацієнтів із COVID-19 зумовила тимчасове або тривале припинення надання медичних послуг, які мають особливе значення для жінок. Йдеться, зокрема, про

гінекологічну допомогу, послуги у сфері репродуктивного здоров'я, допологовий і післяпологовий медичний супровід, а також профілактичні огляди та скринінгові програми.

Зазначені тенденції особливо чітко проявилися у державах із розвиненими системами охорони здоров'я. Так, у державах - членах Європейського Союзу, зокрема в Італії та Іспанії, у період жорстких локдаунів було зафіксовано масове відкладення планових гінекологічних консультацій і призупинення національних програм скринінгу раку молочної залози та шийки матки. Перепрофілювання лікарень і концентрація ресурсів на лікуванні хворих на COVID-19 призвели до істотного зниження доступності профілактичної допомоги, що, за оцінками експертів, має потенційно довгострокові наслідки для жіночого здоров'я [6].

Подальший аналіз свідчить, що негативний вплив карантинних обмежень посилювався в державах, де такі заходи поєднувалися з додатковими нормативними та адміністративними бар'єрами. Зокрема, у Польщі та Угорщині обмеження пересування, скорочення роботи медичних установ і дефіцит спеціалізованої допомоги у сфері репродуктивного здоров'я істотно ускладнили доступ жінок до відповідних медичних послуг. Найбільш уразливими виявилися жінки із сільських регіонів та соціально вразливих груп, для яких альтернативні форми медичної допомоги фактично були недоступними.

Водночас пандемія виявила значні регіональні диспропорції в доступі до медичних послуг для жінок і за межами Європи. У Сполучених Штатах Америки закриття окремих клінік і перевантаженість системи охорони здоров'я в низці штатів призвели до затримок у наданні допологового догляду та обмеження доступу до репродуктивних послуг. Це негативно позначилося на показниках материнського здоров'я, особливо серед жінок із низьким рівнем доходу та представниць етнічних меншин, що свідчить про взаємозв'язок між соціально-економічним становищем і фактичною доступністю медичної допомоги.

Ще більш загрозливого характеру ці процеси набули в країнах, що розвивають-

ся. Так, в Індії та Бразилії карантинні заходи супроводжувалися різким зниженням доступності допологового та післяпологового медичного супроводу через обмеження транспортного сполучення, перевантаженість лікарень і нестачу медичного персоналу. У результаті зросли ризики у сфері материнської смертності та ускладнень, пов'язаних із вагітністю та пологами, що підкреслює системний характер проблеми [7].

Узагальнення наведених прикладів дає підстави стверджувати, що обмеження доступу жінок до медичних послуг у період пандемії мали універсальний і системний характер та проявлялися незалежно від рівня економічного розвитку держави. У правовому вимірі це актуалізує питання відповідності карантинних заходів принципам пропорційності, недискримінації та позитивним зобов'язанням держави щодо забезпечення безперервності надання життєво важливих медичних послуг навіть в умовах надзвичайних ситуацій. Водночас обмеження у сфері охорони здоров'я не можуть розглядатися ізольовано від соціально-економічного контексту, оскільки доступ до медичної допомоги тісно пов'язаний із рівнем матеріального забезпечення та ефективністю системи соціального захисту.

Карантинні обмеження істотно вплинули на економічне становище жінок, що зумовлено їх непропорційною представленістю у секторах із високим рівнем нестабільної, тимчасової або неформальної зайнятості, зокрема у сфері послуг, торгівлі, догляду, освіти та домашньої праці. Такі структурні особливості ринку праці стали ключовим чинником посилення соціально-економічної вразливості жінок, оскільки запровадження локдаунів, скорочення робочого часу та масові звільнення безпосередньо позначилися на втраті доходів і звуженні можливостей реалізації права на соціальний захист, гарантованого міжнародним правом.

Відповідно до статті 9 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права держави зобов'язані забезпечувати кожній особі право на соціальне забезпечення, включно із соціальним страхуванням, навіть в умовах надзвичайних ситуацій [8].

У цьому контексті пандемія продемонструвала обмежену здатність національних систем соціального забезпечення забезпечити ефективний захист осіб із нестандартними формами зайнятості, серед яких жінки становлять більшість. Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав у своїх загальних коментарях наголошує, що держави мають позитивний обов'язок адаптувати системи соціального захисту до потреб вразливих груп, зокрема жінок, а також запобігати непрямій дискримінації, яка може виникати внаслідок формально нейтральних соціальних політик.

Реалізація цих міжнародних зобов'язань на національному рівні виявилася неоднорідною. Так, у державах - членах Європейського Союзу правовою основою реагування на соціально-економічні наслідки пандемії стали як національні антикризові акти, так і наднаціональні механізми, зокрема інструмент SURE, спрямований на підтримку зайнятості. Водночас відсутність обов'язкової гендерної оцінки таких заходів призвела до того, що жінки, зайняті у частковій або неформальній зайнятості, часто залишалися поза сферою дії страхових соціальних виплат, що суперечить принципу рівного доступу до соціального захисту.

Подібні проблеми простежувалися і в державах з англосаксонською моделлю соціального забезпечення. Зокрема, у Великій Британії та Сполучених Штатах Америки антикризові нормативні акти передбачали фінансову підтримку самозайнятих і безробітних, однак складні процедурні вимоги та прив'язка виплат до формальних показників доходу фактично обмежили доступ жінок до таких механізмів. Це свідчить про наявність елементів непрямой дискримінації, що заборонена як міжнародними договорами у сфері прав людини, так і національним антидискримінаційним законодавством [9].

Ще більш гостро проблема виконання міжнародно-правових зобов'язань у сфері соціального захисту постала в країнах з економікою, що розвивається. В Індії, Мексиці та Південно-Африканській Республіці відсутність універсальних систем соціального страхування обмежила можливості держав виконувати вимоги міжнародних стандартів

щодо мінімального рівня соціального забезпечення. Водночас відповідно до міжнародного права навіть держави з обмеженими ресурсами зобов'язані забезпечувати мінімальні базові гарантії соціального захисту без дискримінації за ознакою статі.

Економічна нестабільність і недостатня ефективність механізмів соціального захисту мають безпосередній вплив на реалізацію інших прав людини, зокрема права на охорону здоров'я. Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав послідовно підкреслює взаємозалежність соціальних і медичних прав, наголошуючи, що обмеження доступу до соціального захисту для жінок у кризових умовах може призводити до системного порушення їхніх міжнародно-правових гарантій [10].

З огляду на викладене, пандемія актуалізувала необхідність перегляду підходів до формування соціальної політики з позицій міжнародного права прав людини. Це передбачає запровадження обов'язкової гендерно-правової оцінки антикризових заходів, адаптацію систем соціального захисту до нестандартних форм зайнятості та забезпечення реальної імплементації міжнародних зобов'язань держав у сфері гендерної рівності та соціальної справедливості. Водночас соціально-економічні наслідки карантинних обмежень мали не лише структурний, але й безпосередній вплив на особисту безпеку жінок, що зумовлює необхідність окремого аналізу проблеми насильства за ознакою статі в умовах пандемії.

Окремої уваги в контексті пандемії потребує проблема зростання випадків насильства за ознакою статі, насамперед домашнього насильства, яка суттєво загострилася в період дії карантинних обмежень. Запровадження режимів ізоляції, обмеження свободи пересування та вимушене перебування жінок у замкненому просторі разом із кривдниками призвели до підвищення ризику фізичного, психологічного та економічного насильства.

У таких умовах реалізація права жінок на особисту безпеку, охорону здоров'я та доступ до ефективних засобів правового захисту зазнала серйозних обмежень, що суперечить зобов'язанням держав, закріпленим

у Конвенції Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству, яка вимагає забезпечення безперервного захисту постраждалих незалежно від дії надзвичайних правових режимів [11].

Поглиблення проблеми гендерно зумовленого насильства тісно пов'язане з соціально-економічними наслідками карантину. Економічний тиск, спричинений втратою роботи або доходів, у поєднанні зі зростанням доглядового навантаження та соціальною ізоляцією істотно ускладнив можливість жінок звертатися по допомогу. Водночас обмежений доступ до медичних, соціальних і правових сервісів - зокрема функціонування судів у скороченому режимі, зменшення кількості особистих прийомів у соціальних службах і правоохоронних органах - призвів до фактичного звуження механізмів захисту постраждалих, що не відповідає стандартам належної обачності (*due diligence*), закріпленим у Стамбульській конвенції. У результаті в окремих випадках жінки були позбавлені можливості своєчасно зафіксувати факти насильства або отримати необхідну медичну та психологічну допомогу.

Системний характер цієї проблеми підтверджується практикою окремих держав. Так, у Франції та Іспанії в період локдаунів було зафіксовано істотне зростання кількості звернень на національні гарячі лінії з питань домашнього насильства, що зумовило запровадження альтернативних механізмів реагування, зокрема так званих кодових звернень у аптеках. У Великій Британії та Італії карантинні обмеження, у свою чергу, виявили недостатню координацію між медичними, соціальними та правоохоронними структурами, що негативно позначилося на ефективності превентивних і захисних заходів, передбачених міжнародними стандартами у сфері протидії гендерно зумовленому насильству.

На цьому тлі проблема насильства за ознакою статі в умовах пандемії отримала належну увагу і на міжнародному рівні. У заявах Генерального секретаря ООН, Комітету CEDAW та органів Ради Європи наголошувалося, що надзвичайні ситуації не можуть слугувати підставою для відступу від ключових зобов'язань держав щодо запо-

бігання насильству, захисту постраждалих і притягнення винних до відповідальності відповідно до Стамбульської конвенції. Пандемія водночас продемонструвала наявні прогалини в імплементації її положень, зокрема у частині міжсекторальної взаємодії та доступності служб підтримки, що істотно знизило ефективність реалізації права жінок на безпеку та охорону здоров'я в умовах кризових обмежень [12].

Таким чином, карантинні обмеження не лише загострили проблему гендерно зумовленого насильства, але й виявили структурні прогалини в національних системах захисту прав жінок. Це актуалізує необхідність розроблення комплексних, міжсекторальних і гендерно чутливих правових підходів, здатних забезпечити ефективний захист постраждалих у кризових умовах та відповідність національної практики міжнародним стандартам прав людини.

Висновки

Проведене дослідження засвідчує, що карантинні заходи, запроваджені в умовах пандемії, попри їх спрямованість на захист здоров'я населення, мали непропорційний та гендерно зумовлений вплив на реалізацію прав жінок у сфері охорони здоров'я, соціального захисту та особистої безпеки, що зумовлено як структурною нерівністю, так і відсутністю належної гендерно-правової оцінки надзвичайних заходів. Аналіз міжнародно-правових стандартів підтверджує, що навіть у кризових умовах держави зобов'язані дотримуватися принципів недискримінації, пропорційності, необхідності та тимчасовості обмежень, забезпечуючи безперервний доступ жінок до життєво важливих медичних і соціальних послуг та ефективних механізмів захисту від насильства. Практика окремих держав засвідчила наявність істотних прогалин в імплементації положень Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, Конвенції CEDAW та стандартів Ради Європи, що проявилось у звуженні доступу до репродуктивної медицини, недостатній охопленості жінок системами соціального забезпечення та обмеженій ефективності міжсекторальної взаємодії в про-

тидії гендерно зумовленому насильству. У цьому зв'язку пандемія актуалізувала необхідність інтеграції гендерно чутливого підходу у формування та реалізацію надзвичайних правових режимів, удосконалення механізмів моніторингу їх впливу на вразливі групи та забезпечення реальної імплементації міжнародних зобов'язань держави з метою мінімізації гендерної нерівності в кризових ситуаціях.

Література

1. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text
2. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (з протоколами) (Європейська конвенція з прав людини). URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text
3. World Health Organization «Human rights». URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
4. A Union of Equality: Gender Equality Strategy 2020-2025. URL: <https://ec.europa.eu/newsroom/just/items/682425/en>
5. Маркулинець А.А., Продан В.І. Covid-19 та питання гендерної рівності. Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія ПРАВО. 2021. Вип. 66. С. 60-63
6. Oldani C., Vanni G., Buonomo O.C. COVID-19 Unintended Effects on Breast Cancer in Italy After the Great Lockdown. *Front Public Health*. 2020. URL:<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7786396/>
7. Lalor J., Ayers S., Celleja Agius J., Downe S., Gouni O., Hartmann K., Nieuwenhuijze M., Oosterman M., Turner J.D., Karlsdottir S.I., Horsch A. Balancing restrictions and access to maternity care for women and birthing partners during the COVID-19 pandemic: the psychosocial impact of suboptimal care. *VJOG*. 2021. №128(11). pp. 1720-1725
8. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text
9. United States Strategy on Global Women's Economic Security.

URL:<https://2021-2025.state.gov/reports/united-states-strategy-on-global-womens-economic-security/>

10. Potapova O. The Economics of Care: How Quarantine and the COVID-19 Pandemic Are Changing Communities, NGO Practices, and Government Policies. URL:<https://genderindetail.org.ua/library/medicine/the-economics-of-care-how-quarantine-and-the-covid-19-pandemic-are-changing-communities-ngo-practices-and-government-policies-1341484.html>

11. Конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу із цими явищами (Стамбульська конвенція). URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_001-11#Text

12. Kim B., Royle M., Domestic Violence in the Context of the COVID-19 Pandemic: A Synthesis of Systematic Reviews. *Trauma Violence Abuse*. 2024. № 25(1). pp. 476-493.

Zamula A.Yu.,

alina.zamula@ukr.net

GENDER-BASED CONSEQUENCES OF QUARANTINE MEASURES FOR WOMEN'S ACCESS TO HEALTH CARE AND SOCIAL PROTECTION

The article is devoted to the analysis of the gender-based consequences of quarantine measures introduced in response to the pandemic for women's access to health care and social protection. It substantiates the thesis that formally universal restrictive measures had a differentiated impact on women and men, обусловлений structural socio-economic inequality and the traditional distribution of social roles. Particular attention is paid to the narrowing of women's access to reproductive health services, preventive and screening programs, antenatal and postnatal care, as well

as mental health services in the context of the reallocation of medical resources.

The article analyzes international legal standards in the field of health care and social protection enshrined in the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, as well as regional instruments of the Council of Europe. It is emphasized that even in emergency situations, states retain positive obligations to ensure equal and non-discriminatory access of women to medical and social services, and that quarantine measures must comply with the principles of legality, necessity, proportionality, and temporariness.

Special attention is given to the socio-economic consequences of quarantine for women, in particular their increased economic vulnerability due to concentration in sectors of precarious and informal employment, as well as limited access to social security mechanisms. The practice of certain European Union member states, the United States, and developing countries is analyzed, demonstrating the presence of elements of indirect discrimination in the implementation of anti-crisis social programs.

The paper also examines the problem of the increase in gender-based violence during quarantine and the restriction of access for affected women to medical, social, and legal protection mechanisms. It is concluded that the pandemic exposed systemic gaps in the implementation of international standards for the protection of women's rights and highlighted the need to integrate a gender-sensitive approach into the legal regulation of emergency situations.

Key words: women's rights, pandemic, quarantine measures, right to health care, social protection, gender equality, non-discrimination, public international law, international standards.