ПРАВА ЛЮДИНИ
В ГАЛУЗІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
2011

•

ХАРКІВ
«ПРАВА ЛЮДИНИ»
2012

ББК 67.5
П 68

Художник-оформлювач
Борис Захаров

ЦЕ ВИДАННЯ ЗДІЙСНЕНО ЗА ФІНАНСОВОЇ
SPONSORED BY THE INTERNATIONAL
ТА ЕКСПЕРТНОЇ ПІДТРИМКИ
RENAISSANCE FOUNDATION
МІЖНАРОДНОГО ФОНДУ "ВІДРОДЖЕННЯ"

П 68 **Права людини в галузі охорони здоров'я — 2011**. — Харків: Права людини, 2012. — 208 с.

ISBN 978-617-587-072-3.

У доповіді правозахисних організацій «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2011» надається аналіз ситуації щодо прав людини у царині медичної допомоги у 2011 році. У «загальній» частині доповіді аналізуються перші кроки реформування галузі охорони здоров'я, що були розпочаті Урядом України в пілотних регіонах. Також у «загальній» частині доповіді на підставі огляду судових справ за 2011 рік надається огляд перешкод, які трапляються при судовому захисті порушеного права на медичну допомогу у судах України. В окремому розділі наведені шляхи міжнародного захисту прав пацієнтів.

«Особлива» частина доповіді присвячена ситуації щодо дотримання прав ЛЖВ, проблемам доступу до ЗПТ, втручанню органів державної влади у діяльність ВІЛ-сервісних громадських організацій. Окремі розділи доповіді викладають проблеми розвитку паліативної допомоги, доступу до знеболюючих лікарських засобів, проблеми проходження МСЕК, порушення прав інвалідів.

Нові розділи, які не висвітлювались у попередніх виданнях — це дотримання прав представників ЛГБТ — спільноти в галузі медицини, запобігання дискримінації або упередженого ставлення з боку медичних працівників. Ще один новий розділ — висвітлює проблеми доступу ромів до медичної допомоги, — відсутність регулярних медичних оглядів, належного та вчасного медичного обслуговування.

Також новою темою доповіді є право на медичну допомогу особам без встановленого місця проживання — ці люди позбавлені не тільки медичної допомоги, а взагалі гуманного ставлення з боку державних органів України.

ББК 67.5

ISBN 978-617-587-072-3

© А.О. Роханський, упорядкування, 2012
© Б.Є. Захаров, художнє оформлення, 2012

Зміст

ВІД УКЛАДАЧІВ 5

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ 1. ПРАВО НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я 9
1. Деякі загальні дані 9
2. Невдала реформа системи охорони здоров'я 11
Рекомендації 21

Розділ 2. СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я 23
1. Внутрішня неготовність судів задовольняти позови проти лікарень 23
2. Недостатній професійний рівень адвокатів та недосвідченість самих потерпілих, що виявляються у невмінні вірно та точно формулювати свої позовні вимоги 23
3. Відсутність сталого та чітко визначеного механізму вирахування кількості грошових коштів, у яких оцінюється моральна шкода, спричинена діями або бездіяльністю лікарів 25
4. Неоднозначне трактування судами поняття «моральної шкоди» 26
5. «Кругова порука» між судовими експертами та медиками, результати дій чи бездіяльності яких досліджується 28
6. Нехтування результатами альтернативної експертизи, які присутні у матеріалах справи 29
Рекомендації 30

Розділ 3. ЗАХИСТ ПРАВ ЛЮДИНИ У ЦАРИНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ВИКОРИСТАННЯМ МІЖНАРОДНИХ МЕХАНІЗМІВ 31
Рекомендації 49

ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

Розділ 4. ПРАВА ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІД 53
1. Право на доступ до контрольованих лікарських засобів для клієнтів ЗПТ 58
2. Перешкоджання учасникам програм ЗПТ в отриманні лікування 60
3. Незаконні затримання учасників ЗПТ, в результаті яких порушується режим лікування 61
4. Перешкоджання роботі програми замісної терапії шляхом незаконного втручання у роботу медичних закладів 61
5. Справа лікаря Подоляна 62
6. Проблема розголошення медичної інформації про статус наркозалежних 63
7. Відсутність доступу до програми ЗПТ у випадку тимчасового позбавлення волі клієнтів ЗПТ 65
8. Перешкоджання програмі обміну шприців з боку державних органів 66
9. Судова справа про визнання незаконними встановлених МОЗ України «Граничних розмірів наркотиків» 70
Рекомендації 73

Розділ 5. ПРАВА ЛЮДИНИ ТА ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА 75
1. Доступ до ефективних, безпечних і недорогих ліків 76
2. Обтяжлива система призначення опіоїдних анальгетиків 78
3. Громадські неурядові організації ініціюють зміни у царині паліативної допомоги 79
4. Порушення прав невиліковно хворих дітей щодо доступу до комплексної допомоги 81
5. Зміни у законодавстві України щодо прав паліативних хворих 82
Рекомендації 86

Розділ 6. СТАН ДОТРИМАННЯ ПРАВ ГРОМАДЯН У ВЗАЄМОВІДНОСИНАХ З МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИМИ ЕКСПЕРТНИМИ КОМІСІЯМИ 87
1. Загальний огляд 87
2. Проблеми у взаємовідносинах громадян та медико-соціальних експертних комісій. Типові порушення прав громадян у взаємовідносинах з медико-соціальними експертними комісіями 91
Рекомендації 115

Розділ 7. РОМИ — ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ 117
Право на доступність медичних послуг 120
Рекомендації 131

Розділ 8. ПРАВА ЛЮДЕЙ, ЩО НАЛЕЖАТЬ ДО ЛГБТ-СПІЛЬНОТИ, В ЦАРИНІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 133
1. ЛГБТ/ЧСЧ: питання термінології 133
2. ЧСЧ: статистика звертання до закладів охорони здоров'я 137
3. ЧСЧ у контексті ВІЛ-інфекції/СНІД 140
4. Прояви упередженого ставлення, дискримінації та порушення прав ЧСЧ у контексті ВІЛ-інфекції/СНІД 143
5. Порушення прав ЧСЧ у сфері охорони здоров'я поза контекстом ВІЛ-інфекції/СНІД 151
6. Потреба ЧСЧ у розширенні громадянських прав 153
7. Лесбійки: проблема отримання гінекологічної допомоги 153
8. Права трансґендерів 155

Розділ 9. ПРАВО НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ОСОБАМ БЕЗ ВСТАНОВЛЕНОГО МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ 171
1. Причини виникнення бездомності та бродяжництва 171
2. Особи без визначеного місця проживання. 172
3. Стан надання медичної допомоги 177
4. Особливості медико-соціальної роботи з контингентом «бомж» 183
Рекомендації 183

Розділ 10. ПОРУШЕННЯ ПРАВ ІНВАЛІДІВ 185
1. Порушення прав інвалідів щодо отримання догляду 185
2. Порушення прав інвалідів щодо отримання путівок на санаторно-курортне лікування 187
3. Причини виникнення типових порушень прав інвалідів та великої кількості скарг інвалідів 190
Рекомендації 192

Розділ 11. ЗАСТОСУВАННЯ ПРАВА НА ДОСТРОКОВЕ ЗВІЛЬНЕННЯ ОСУДЖЕНИХ У ЗВ'ЯЗКУ З ЗАХВОРЮВАННЯМ НА ВІЛ/СНІД 195
Алгоритм звільнення засуджених, які захворіли на тяжку хворобу (ВІЛ/СНІД), від подальшого відбування покарання. 200
Рекомендації 206

Від укладачів

Автори доповіді «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2011» доклали певних зусиль щодо аналізу найбільш значних подій, що відбулися у 2011 році в Україні з погляду дотримання прав людини в галузі охорони здоров'я, включаючи міжнародних стандартів, та намагалися надати рекомендації задля поліпшення ситуації. Також автори сподіваються, що публікація цієї доповіді призведе до активізації дискусії щодо реформування системи охорони здоров'я з метою приведення існуючої практики у відповідність зі стандартами забезпечення прав людини. Ми сподіваємося, що приклади успішної практики адвокації прав вразливих верств населення, а також захисту їх прав у суді збагатять методи правозахисної діяльності неурядових громадських організацій України.

ГО «Інститут правових досліджень та стратегій» висловлює щиру подяку за допомогу всім громадським організаціям, які брали участь у розробці та складанні цієї доповіді, а саме:

— МБФ «Міжнародний Альянс по ВІЛ/СНІД в Україні».
— Харківському обласному відділенню Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД».
— Південному Українському центру з прав громадян в охороні здоров'я, м. Миколаїв.
— Харківській правозахисній групі.
— Українській Гельсінській спілці з прав людини.
— Всеукраїнській громадській організації «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги».
— Всеукраїнській громадській фундації «Фундація медичного права та біоетики».
— Всеукраїнській громадській організації «Гей-Форум України».
— Центру громадської адвокатури, м. Львів.
— БФ «Світ надії», м. Полтава.

— БО «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги».
— Одеській правозахисній групі «Верітас».
— ХОБФ «Парус», м. Харків.
— Кримському республіканському благодійному фонду «Світ Криму».
— Миколаївській асоціації ВІЛ-інфікованих «Час життя».
— Херсонському обласному Фонду милосердя та здоров'я.
— Харківському обласному центру паліативної медицини «Хоспіс».

Висловлюємо також щиру подяку авторам та співавторам розділів доповіді:

Наталії Козаренко, Леоніду Тарасенко, Віктору Глуховському, Олександру Ангелову, Айгуль Мукановій, Аркадію Бущенко, Святославу Шеремету, Анні Мартинюк, Миколі Холтобіну, Марині Говорухіній, Олегу Мірошниченко, Олександру Вольфу, Віталію Кучинському, Андрію Толопіло, Павлу Скалі, Максиму Демченко, Сергію Дмітрієву, Костянтину Ключарьову, а також усім тим, без допомоги кого це видання було б неможливим.

Окрему подяку висловлюємо Міжнародному фонду «Відродження», який фінансував підготовку цієї доповіді.

Андрій Роханський

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ 1

Право на охорону здоров'я[1]

1. Деякі загальні дані

Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи та міжнародні зобов'язання держави — право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я — система охорони здоров'я України не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг.

За офіційними джерелами[2], таке положення виявляється у наступному:

— Очікувана тривалість життя населення України складає 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 разу вищий, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує аналогічний у країнах ЄС, рівень смертності від туберкульозу — в Україні він у 20 разів вищий.

— Бідні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу.

— Існують диспропорції з доступу до медичних послуг на рівні міських і сільських територій. Високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Згідно з даними офіційної статистики витрати населення перевищують третину від загального обсягу фінансування галузі (40 % у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг.

---

[1] Розділ підготовлено Андрієм Роханським, ГО «Інститут правових досліджень та стратегій» та Мариною Говорухіною, УГСПЛ.

[2] Підсумки діяльності у сфері охорони здоров'я України за перше півріччя 2010 року. — К.: МОЗ України, 2010. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки. Комітет з економічних реформ при Президентові України.

Причинами виникнення зазначених проблем, з точки зору МОЗ України та Комітету з економічних реформ при Президентові України, є:

— відсутність зв'язку між якістю отриманих медичних послуг й видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці;
— низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг;
— неефективне використання бюджетних коштів на охорону здоров'я. На 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, тоді як у ЄС-10 цей показник — 2,6; кількість ліжко-місць в Україні — 868 на 100 тис. населення, а в ЄС-10 — 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні — 302, у ЄС-10 — 261. 86 % бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату лікарів;
— дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг;
— низька самостійність медичних закладів при використанні фінансових ресурсів.

Також викликає занепокоєння рівень фінансування галузі: у держбюджеті України на 2011 рік витрати на охорону здоров'я були розраховані в обсязі 5,25 млрд. доларів США — це 3,4% від ВВП, у порівнянні з фінансуванням у 2010 році нижчий на 0,24% (у 2010 — 3,64%), і це відбувається на фоні зростання цін на усі види товарів медичного призначення.

У системі Міністерства охорони здоров'я України зайнято понад 1,1 млн. чоловік, у тому числі 197,6 тис. лікарів та 430,8 тис. молодших спеціалістів з медичною освітою, які обіймають відповідно 224,6 тис. лікарських та 432,7 тис. посад молодших спеціалістів з медичною освітою.

На сьогоднішній день у закладах охорони здоров'я є вакантними 19,2 тисяч лікарських та 17,6 посад молодших спеціалістів з медичною освітою, у сільській місцевості залишаються вакантними 5,8 тисяч лікарських посад. Розрив між штатними лікарськими посадами і фізичними особами складає понад 46 тисяч, а з урахуванням осіб пенсійного віку — 92 тисячі. Нині укомплектованість посад лікарями складає 81,0%, у сільській місцевості — 75,2%.

Показник забезпеченості лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу, має сталу тенденцію (26,9 на 10 тис. населення) і знаходиться нижче середньоєвропейського рівня — 33 на 10 тис. населення[3].

---

[3] Підсумки діяльності у сфері охорони здоров'я України за перше півріччя 2010 року. — К.: МОЗ України, 2010.

2. Невдала реформа системи охорони здоров'я

У 2011 році держава Україна розпочала амбіційний проект реформування системи охорони здоров'я у відповідності до програми Президента України В.Ф. Януковича «Україна для людей», Державної програми економічного і соціального розвитку України на 2010 рік та Програми економічної реформи на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Законодавчим підґрунтям реформування на першому етапі стало прийняття Закону України № 3612 від 07.07.2011 року «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (далі — ЗУ «Про порядок…») та Закону України № 3611 від 07.07.2011 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги».

Насамперед слід зазначити, що запровадження пілотного проекту щодо реформування системи медичного обслуговування у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві повинно відбуватися з неухильним дотриманням конституційних приписів статті 49 Конституції України, що передбачають доступність для всіх громадян медичного обслуговування та безоплатність надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я тощо. Проведення такого експерименту має також відбуватися з дотриманням права пацієнта на вибір лікаря і лікувального закладу, що визначено статтею 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Проте ЗУ «Про порядок…» не містить механізмів організації і проведення первинної, вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги, чіткі та зрозумілі умови направлення пацієнтів для отримання безоплатної вторинної, третинної та екстреної допомоги. Крім того, у ЗУ «Про порядок…» не встановлена відповідальність за невиконання медичними працівниками цих умов. ЗУ «Про порядок…» також містить численні бланкетні норми щодо затвердження центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я тих чи інших умов проведення пілотного проекту, але які нормативно-правові акти маються на увазі, чи існують вони взагалі — невідомо.

За такої ситуації юридична невизначеність норм ЗУ «Про порядок…» не забезпечує виконання статті 19 Конституції України, яка передбачає обов'язок органів державної влади діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України.

Треба також зауважити, що ЗУ «Про порядок…» не містить положення щодо обов'язкового збереження в областях, де передбачається проведення

експерименту, та м. Києві існуючої мережі закладів охорони здоров'я, що не відповідає частині третій статті 49 Конституції України.

Планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах передбачається здійснювати з урахуванням профілю, спеціалізації та інтенсивності надання медичної допомоги; нормативів медичного обслуговування населення за видами медичної допомоги (ст. 2 ЗУ «Про порядок…»). Але цього недостатньо без врахування інфраструктури адміністративно-територіальної одиниці з погляду на стан доріг, розвиток громадського транспорту, особливо у сільській місцевості. Також не треба забувати про впровадження санітарної авіації, яка зникла у перші роки незалежності України.

Статтею 12 ЗУ «Про порядок…» передбачається встановити пріоритетність норм цього Закону порівняно з нормами інших нормативно-правових актів на період проведення експерименту у пілотних регіонах. Це стосується поширення на період реалізації пілотного проекту дії ліцензій та інших дозвільних документів, виданих закладам охорони здоров'я пілотних регіонів до набрання чинності цим Законом, на діяльність реорганізованих закладів охорони здоров'я, що не узгоджується із порядком переоформлення ліцензії, який визначений Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності».

Особливу стурбованість викликають декілька пунктів Прикінцевих положень ЗУ «Про порядок…».

По-перше, п. 2 Прикінцевих положень: лікарі-спеціалісти реорганізованих закладів охорони здоров'я пілотних регіонів, які працевлаштовуються на посади лікарів загальної практики — сімейної медицини, проходять відповідну спеціалізацію безоплатно та у першочерговому порядку. До видачі свідоцтва, що підтверджує проходження цієї спеціалізації, за такими лікарями зберігається кваліфікаційна категорія за попередньою спеціальністю. Тобто декілька місяців, наприклад лікар-кардіолог вищої кваліфікації отримує свою заробітну платню згідно з тарифної сіткою. Після отримання сертифіката лікаря загальної практики-сімейної медицини він знову займає нижчу позицію у цій тарифній сітці та втрачає роками досягнуту кваліфікацію та рівень зарплати.

По-друге, п. 3 Прикінцевих положень: «у разі, якщо внаслідок реорганізації закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах працівники таких закладів переводяться за їх згодою на іншу нижчеоплачувану роботу в тому самому або іншому закладі, оплата праці таких працівників здійснюється відповідно

до положень цього Закону або за бажанням таких працівників їх середній заробіток за попереднім місцем роботи зберігається на весь час виконання нижчеоплачуваної роботи, але не більше шести місяців з дня такого переведення». У цьому пункті, який наведено без належної пунктуації, змішано декілька статей Кодексу законів про працю України (далі — КЗпП), що не допомагає її розумінню та тлумаченню.

У ст. 32 КЗпП йдеться, що переведення на нижчеоплачувану роботу є однією з ознак зміни істотних умов праці, про які працівник має бути попереджений не пізніше, ніж за два місяці. Також, якщо колишні істотні умови праці не можуть бути збережені, а працівник не згоден на продовження роботи в нових умовах, то трудовий договір припиняється за пунктом 6 статті 36 КЗпП. Трудовий договір, укладений на невизначений строк, а також строковий трудовий договір до закінчення строку його чинності можуть бути розірвані власником або уповноваженим ним органом лише у випадках: змін в організації виробництва і праці, в тому числі ліквідації, реорганізації, банкрутства або перепрофілювання підприємства, установи, організації, скорочення чисельності або штату працівників (п. 1 ст. 40 КЗпП).

У ЗУ «Про порядок…» не наведено вид реорганізації закладів охорони здоров'я як юридичних осіб: злиття, приєднання, поділ чи перетворення, що є серйозним недоопрацьовуванням. Механізм, який передбачається використовувати для створення на базі існуючої в пілотних регіонах мережі закладів охорони здоров'я (відокремлення або об'єднання), не узгоджений з положеннями Господарчого кодексу України. Не виключено, що нав'язливе застосування поняття «реорганізація» виникає з міркувань законодавців та реформаторів не чіпляти ст. 49 Конституції України щодо заборони скорочення існуючої мережі лікувальних закладів. На практиці, і про це є свідчення, реформа відбувається не тільки через реорганізацію закладів охорони здоров'я, але й через їх ліквідацію згідно зі ст. 59 Господарчого кодексу України.

Ще маємо зауважити, що дефініція п. 3 ЗУ «Про порядок…» про те, що «оплата праці таких працівників здійснюється відповідно до положень цього Закону» не легітимна, тому що оплата праці регулюється Законом України «Про оплату праці».

Необхідно також зазначити, що положення ЗУ «Про порядок…» недостатньо повно узгоджені з іншими чинними законами України. Зокрема, у частині третій статті 3 йдеться, що «центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги можуть створюватися як комунальні некомерційні підприємства

або комунальні некомерційні установи», проте Цивільним кодексом України існування зазначених вище організаційно-правових форм юридичних осіб не передбачається.

Та й про головне, про що забувають, або не нагадують, ініціатори реформ — це обов'язковість участі професійних спілок медичних працівників у «реорганізації» лікувальних закладів: ліквідація, реорганізація підприємств, зміна форм власності або часткове зупинення виробництва, що тягнуть за собою скорочення чисельності або штату працівників, погіршення умов праці, можуть здійснюватися тільки після завчасного надання професійним спілкам інформації з цього питання, включаючи інформацію про причини наступних звільнень, кількість і категорії працівників, яких це може стосуватися, про строки проведення звільнення. Власник або уповноважений ним орган не пізніше трьох місяців з часу прийняття рішення проводить консультації з професійними спілками про заходи щодо запобігання звільненню чи зведенню їх кількості до мінімуму або пом'якшення несприятливих наслідків будь-якого звільнення.

Професійні спілки мають право вносити пропозиції відповідним органам про перенесення строків або тимчасове припинення чи відміну заходів, пов'язаних з вивільненням працівників (ст. 49-4 КЗпП). Ніяких посилань на взаємодію з професійними спілками медичних працівників ЗУ «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» не містить.

Залучення асоціацій та профспілкових організацій до процесу прийняття рішень у системі охорони здоров'я має, здебільшого, формальний та декларативний характер. У професійній спільноті фіксується високий рівень недовіри до задекларованих завдань пілотного експерименту, у середовищі медичних працівників формується внутрішній спротив щодо зусиль, які здійснюються органами влади. Професійна спільнота має негативні очікування щодо дотримання власних трудових прав[4].

У профспілках медпрацівників скептично ставляться до планів влади реструктуризувати лікарні без збільшення бюджетних витрат. Голова Київської профспілки працівників охорони здоров'я Лариса Канаровська вважає, що скорочення персоналу й проведення подібних реформ тільки погіршать стан української медицини. «За даними профспілки, в жовтні-грудні 2010 року тільки в Києві звільнилися 2 тисячі медпрацівників. Людей не влаштовують

[4] Донецька обласна організація ВГО «Комітет виборців України», http://gurt.org.ua/articles/13112/

низькі зарплати. У країні епідемія туберкульозу, а влада планує скоротити кількість ліжко-місць. З таким розмахом у авторів реформи невдовзі може не виявитися ресурсів для її проведення», — заявила Л. Канаровська[5].

«Після реформи наше селище Володимирівка (Артемівський район) віднесли до Яковлєвської амбулаторії. Дістатися туди неможливо, тому що транспорт ходить лише у п'ятницю, суботу та неділю. У селищі багато літніх людей. Ця реформа — не для них», — таке повідомлення залишив один із пацієнтів, який зателефонував на «гарячу лінію» з питань медичної реформи, відкриту в області (Донецька) торік[6].

«У дитячій поліклініці зараз багато дітей із високою температурою, до стаціонару дітей не кладуть, усіх відправляють до поліклініки. Головний лікар сказав, що це не його проблеми: мовляв, усі розділилися, йому начхати. Грюкнув дверима…» — йдеться у повідомленні із Новогродівки (Донецька область)[7].

Заповзяття, із яким чиновники обіцяли скоротити «ліжка» та закрити цілі відділення, викликало обурення у мешканців деяких населених пунктів. Доходило до акцій протесту — приміром, у Зугресі та Кіровському (Донецька область)[8].

Про ситуацію в місті Кіровське, Донецької області, розповідала Донецька обласна організація «Фронт Змін». Так, на гарячу лінію, відкриту «Фронтом Змін», надійшло повідомлення від депутата Кіровської міської ради Андрія Немеша. Він розповів, що в їхньому місті планують скоротити медперсонал і закрити єдину міську лікарню — при тому, що найближча аж за 26 кілометрів. «Кіровська міська лікарня обслуговує тридцятитисячне місто, навколо якого працюють десятки шахт, а також жителів навколишніх сіл», — зазначив депутат. «Закриваючи єдину лікарню в місті, влада могла хоча б створити видимість обговорення цього питання з місцевими жителями. Ми, як і в ситуації з закриттям шкіл, закликаємо владу до відкритого діалогу з громадянами. Такі питання не можуть вирішуватися за закритими дверима», — заявив депутат Ясинуватської районної ради Сергій Чірін[9].

---

[5] Майбутня реформа охорони здоров'я в Україні може призвести до скорочень медпрацівників. www.asz.org.ua

[6] Роман Лебедь. Медична реформа: галопом по здоров'ю? http://www.bbc.co.uk/

[7] Роман Лебедь. Медична реформа: галопом по здоров'ю? http://www.bbc.co.uk/

[8] Там само.

[9] http://frontzmin.ua/ua/party/regional-organization/donetsk-region/

Громадські організації Вінницької області та значна частина пацієнтів вважають, що медична реформа не враховує інтересів медиків та отримувачів медичних послуг — пацієнтів[10].

Так, за свідченням представників громадськості, у колишній міській дитячій поліклініці № 1 немає алерголога, дерматолога, імунолога. До цих спеціалістів, які працюють в інших лікарнях, дає направлення дільничний педіатр. І багатьом маленьким вінничанам тепер доводиться знайомитися з новими лікарями: одних педіатрів переводять на інші дільниці, а колишні їхні дільниці перерозподіляють між іншими педіатрами. Така система перерозподілу не зовсім зрозуміла пацієнтам. І при цьому декларується, що сімейний лікар має «вести» пацієнта від народження аж до старості.

Голова громадської ради захисту прав пацієнтів при облуправлінні охорони здоров'я М. Бардин вважає, що глобальні проекти реформаторів найменше орієнтовані на пацієнта і на те, щоб медична допомога стала якісною, комфортною та доступною для пересічної людини.

За прагненням до оптимізації мережі медичних закладів (чиновники просять не називати це банальною економією), на думку автора статті[11], якось забули про те, що транспортна інфраструктура в сільських районах не розвинена, що на поїздку до найближчої спеціалізованої лікарні в третини мешканців області просто немає грошей.

Голова «Вінницької асоціації медиків» Р. Харковенко вважає, що «медична спільнота не живе, а виживає». Лікарям мало платять, вони не захищені юридично, у лікарнях немає належного обладнання та медикаментів. І головне, на думку Р. Харковенка: «Ніхто не розуміє (лікарі), де опиниться внаслідок реформи — переведуть в інший заклад, змусять перенавчатись чи просто скоротять?»

«У планах також створення у Вінницькій області єдиної служби швидкої медичної допомоги — йдеться у публікації про реформи[12]. «Поставлені високі планки, зокрема, доїзду до хворого. В ідеалі час доїзду бригади з місця події до лікарні має займати 10 хвилин у містах та 20 хвилин у селах», — зазначає директор департаменту лікувально-профілактичної допомоги Міністерства охорони здоров'я Микола Хобзей. Проте реальністю це стане за умови ухва-

---

[10] Медична реформа на Вінниччині: ілюзії та реальність? http://vinpress.org.ua/index.php?Item_Id= 28&Doc_Id=183&lang=ua&p=1.

[11] ibid

[12] Медична реформа на Вінниччині: ілюзії та реальність? http://vinpress.org.ua/index.php?Item_Id=28&Doc_Id=183&lang=ua&p=1.

лення Верховною Радою «Закону про екстрену медичну допомогу». Але відповідний законопроект поки що лише зареєстрований у парламенті.

На думку Вінницького міського голови Володимира Гройсмана, створення єдиного центру екстреної медицини може погіршити якість надання медичних послуг. Він вважає, що швидку допомогу, яка досі була у Вінниці і яку «ми ледве-ледве вивели на більш-менш нормальний рівень реагування за викликом жителями, хочуть забрати — створити єдиний центр екстреної медицини всієї країни і керувати всіма швидкими допомогами Вінниці з Києва». В. Гройсман припускає, що це може погіршити якість роботи «швидкої». «Адже ми повинні відповідати перед жителями міста за надання послуг. А як можна відповідати, якщо ти не впливаєш — виїхала ця швидка допомога або не виїхала?», — зазначив мер Вінниці[13].

З метою законодавчого закріплення стратегій реформування галузі охорони здоров'я 07.07.2011 року Верховна Рада України прийняла Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». Цей Закон набирає чинності з 1 січня 2012 року, крім абзацу четвертого пункту 7 та пункту 14 розділу I цього Закону, які набирають чинності з 1 січня 2015 року. Передбачається поетапне внесення змін у зв'язку з успішною практикою реформування медичної галузі відповідно до ЗУ «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі — «Основи…») за свою юридичною природою є основним галузевим законодавчим актом, тому визначеність його статей є безумовною потребою існування та розвитку системи охорони здоров'я України та дотримання прав пацієнтів.

Насамперед привертає увагу той факт, що після внесення змін до «Основ…» стають невизначеними для областей України, на які не розповсюджується експеримент, поняття первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, які були викладені у ст. 35 «старих» «Основ…» та новий вид медичної допомоги — паліативна допомога. Ця ситуація зміниться тільки з 1 січня 2015 року, але до цього часу в країні буде існувати тільки екстрена медична допомога, про що йдеться у ст. 35 чинних «Основ…», незважаючи на те, що у ст. 8 задекларовано право кожного громадянина на екстрену медичну допомогу; первинну медичну допомогу; вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, паліативну допомогу тощо.

---

[13] Ibid

Навпаки, абзац четвертий пункту 7 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», який повинен набрати чинності також з 1 січня 2015 року, вже імплементований у чинні «Основи…»: п. 4 ст. 18 «Основ…»: «За рахунок Державного бюджету України та місцевих бюджетів фінансуються загальнодоступні для населення заклади охорони здоров'я. Кошти, не використані закладом охорони здоров'я, не вилучаються і відповідне зменшення фінансування на наступний період не проводиться». Але останнє речення викликає сумніви щодо легітимності: положення про те, що «кошти, не використані закладом охорони здоров'я, не вилучаються і відповідне зменшення фінансування на наступний період не проводиться» потребує узгодження з вимогами статті 57 Бюджетного кодексу України, яка врегульовує порядок закриття рахунків після закінчення бюджетного періоду. Крім того, питання такого змісту має врегульовуватися виключно Бюджетним кодексом України, саме яким визначаються правові засади функціонування бюджетної системи України, її принципи, основи бюджетного процесу і міжбюджетних відносин та відповідальність за порушення бюджетного законодавства.

Недостатньо чітким виглядає визначення терміну «медичне обслуговування» — «діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб — підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою». Зокрема, за змістом останнього не можна дійти висновку про те, яка саме діяльність у зазначеній вище сфері кваліфікується як «медичне обслуговування».

Ч. 7 ст. 18 «Основ…» торкається дуже важливої теми про платні послуги: «всі заклади охорони здоров'я мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями та окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги у сфері охорони здоров'я». При цьому у новій редакції «Основ…» визначення поняття «послуги у сфері охорони здоров'я», або перелік таких послуг не наводиться. Адже у Рішенні Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002 не розмежовуються поняття «медична допомога» та «медичні послуги» та визнається неконституційною взагалі оплата медичних послуг (медичної допомоги) у державних та комунальної форми власності лікувальних установах. Взагалі, п. 7 ст. 18 «Основ…» є законодавчо невизначеним, тому що його зміст явно змішує лікувальні заклади різних форм влас-

ності з метою обійти ст. 49 Конституції України щодо безоплатності медичної допомоги у державних (комунальних) закладах охорони здоров'я.

Погоджуючись з аналізом стану галузі охорони здоров'я в Україні, який наведено в Програмі економічної реформи на 2010–2014 роки, та інших документах уряду: з необхідністю якомога швидше підвищити рівень медичного обслуговування населення, розширити можливості щодо його доступності та якості; впровадити нові підходи щодо організації роботи закладів охорони здоров'я не тільки в пілотних регіонах, але й у країні в цілому, та їх фінансового забезпечення; підвищити ефективність використання бюджетних коштів, передбачених для фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, — громадські організації висловлюють занепокоєння тим напрямком реформування, який обрали законодавчі та виконавчі державні органи України.

Можливо, ця ситуація склалась з тієї причини, що на національному та регіональних рівнях досі не вироблені доступні для різних груп громадян інформаційні продукти про зміст та мету пілотного експерименту в системі охорони здоров'я. Інформація, яка надходить від місцевих органів влади, не є такою, яка може бути ефективно розповсюджена серед різних груп громадян. Іншою стороною цієї проблеми є те, що органи влади, які адмініструють пілотний експеримент, не забезпечені дієвими каналами надходження зворотної інформації від громадян, професійних спільнот, місцевих громад тощо[14]. Іншими словами, населення не поінформоване, як конкретно поліпшиться рівень надання медичної допомоги у зв'язку з реформуванням саме в їх області, місті, селі та селищі.

Таким чином, ще не має можливості зазначити позитивні зміни у пілотних регіонах. Але негативні наслідки, які дослідили громадські організації, можна узагальнити.

1. Законодавче підґрунтя Пілотного проекту реформування галузі медицини не відповідає нормам Конституції України, Бюджетного кодексу України, Господарчого кодексу України, Цивільного кодексу України, Кодексу законів України про працю, Закону України «Про оплату праці».

2. Неконституційними є скорочення мережі існуючих лікувальних закладів та встановлення плати за послуги у сфері охорони здоров'я.

У пілотних регіонах відбуваються зміни (реорганізація) закладів охорони здоров'я або скорочення мережі існуючих лікувальних закладів. Цей процес відбувається й у інших регіонах України.

---

[14] http://gurt.org.ua/articles/13112/

3. Нова «мережа» прив'язується до кількості населення. Не враховується існуюча інфраструктура у адміністративно-територіальної одиниці: стан доріг та стан громадського транспорту. Таким чином, особливо у сільські місцевості, не можливо за 10 чи 20 хвилин надати екстрену медичну допомогу або транспортувати хворого у лікарню невідкладної допомоги.

4. Центри первинної медичної допомоги в пілотних регіонах, особливо не в межах обласного центру, в сільській місцевості розташовуються без урахування можливості досягти їх взагалі хворими, у тому числі літніми людьми, з обмеженими можливостями пересування.

5. На цей час Центри первинної медичної допомоги в пілотних регіонах не укомплектовані медичними працівниками відповідного рівня кваліфікаційних вимог, тобто лікарями загальної практики-сімейної медицини, а також не мають обладнання для проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.

6. Особливістю звернень населення за медичною допомогою є те, що у разі виникнення захворювань пацієнти звертаються одразу за спеціалізованою медичною допомогою (у розумінні ст. 4 ЗУ «Про порядок…» вторинна медична допомога). Але заклади охорони здоров'я, які можуть задовольняти потреби населення у вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі, в пілотних регіонах розташовуються на великій відстані від пацієнтів. Цілком зрозуміло, що вразливі верств населення не мають доступу до спеціалізованої та високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги.

7. Поширення на період реалізації пілотного проекту дії ліцензій та інших дозвільних документів, виданих закладам охорони здоров'я пілотних регіонів до набрання чинності цим Законом, на діяльність реорганізованих закладів охорони здоров'я (ч. 2 ст. 12 «Про порядок…») не узгоджується із порядком переоформлення ліцензії, що визначений Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» . Це має особливе значення для паліативних хворих, адже не дослідженим залишається питання: чи поширюється дія ліцензії на обіг наркотичних та психотропних препаратів, що мав лікувальний заклад, після його реорганізації на Центри первинної медичної допомоги?

Забезпечення паліативних хворих, які лікуються у себе вдома та мають больовий синдром, необхідними наркотичними знеболюючими засобами на сьогодні здійснюється патронажною службою районної поліклініки за рахунок держбюджету. Та окрім невизначення щодо ліцензування обігу наркотичних лікарських засобів, Центри первинної медичної допомоги повинні бути спеціально обладнані для зберігання наркотичних засобів, — все це було і є великої про-

блемою для невеликих лікувальних закладів. Наведені закони не містять шляхів розв'язання зазначених проблем — тому можна передбачати погіршення доступу паліативних пацієнтів до основних лікарських засобів.

8. Кваліфікація медичних працівників — це теж чинник доступу населення до медичної допомоги. На підготовку кваліфікованого лікаря загальної практики-сімейної медицини, як свідчить світовий досвід, треба витратити до 10 років. За шість місяців, наприклад, лікар-кардіолог не може отримати знання, практичні навички педіатра. Але саме це передбачається робити за пілотним проектом: лікарів-спеціалістів переводити на нижчеоплачувану роботу (тому що зміна спеціалізації анулює досягнуту кваліфікаційну категорію) на посади лікарів загальної практики — сімейної медицини та проходити відповідну спеціалізацію безоплатно та у першочерговому порядку (тобто прискорено).

Передбачувані наслідки такої реорганізації:

— Втрата лікарів-спеціалістів, які не будуть працювати за фахом, або подовжать свою лікарську приватну практику, але не у Центрах первинної медичної допомоги та не у якості фізичної особи-підприємця.
— Повний розвал педіатричної служби.
— Довгострокове погіршення надання медичної допомоги населенню, особливо для вразливих груп населення.

9. Не дивлячись на принципи, що декларуються, — повна зневага з боку державних органів принципу «права кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я».[15]

10. Також пілотний проект, який запроваджується, та взагалі план реформ у галузі медицини, неможливо розглядати у якості «створення умов, які забезпечували б усім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби».[16]

Рекомендації

1. Привести норми Закону України № 3612 від 07.07.2011 року «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» та Закону України № 3611від 07.07.2011 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» у відповідність до Конституції України, Бюджетного кодек-

[15] Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права.

[16] Ibid.

су України, Господарчого кодексу України, Цивільного кодексу України, Кодексу законів України про працю, Закону України «Про оплату праці».

2. Визначити в ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, які були викладені у ст. 35 «старих» «Основ…», та нового виду медичної допомоги — паліативної допомоги.
3. Привести ЗУ «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» щодо ліцензування нових створених (реорганізованих) закладів охорони здоров'я у відповідність до ЗУ «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», зокрема, про порядок отримання ліцензій на обіг наркотичних та психотропних препаратів.
4. Проводити подальшу реорганізацію мережі лікувальних закладів в пілотних регіонах з врахуванням існуючої інфраструктури в адміністративно-територіальних одиницях — стану доріг та громадського транспорту насамперед.
5. Закладати до держбюджету фінансування будівництва доріг та розвитку санітарної авіації у пілотних регіонах.
6. Заборонити скорочення мережі лікувальних закладів та введення платних медичних послуг згідно з чинною Конституцією України, посилення контролю з боку правоохоронних органів, прокуратури, за механізмами «реорганізації» лікувальних закладів та дотримання чинного законодавства щодо господарського та трудового права. Заборонити припинення діяльності суб'єкта господарювання (лікувального закладу) шляхом його ліквідації.
7. Поступово вводити інститут сімейного лікаря та його підготовка з урахуванням міжнародного досвіду (до 10 років стажування).
8. Розвивати Центри первинної медичної допомоги на базі комплектації їх спеціально підготовленими спеціалістами з відповідною кваліфікацією. Комплектувати штатного розкладу Центрів первинної медичної допомоги у пілотних регіонах виключно дільничними лікарями та педіатрами.
9. Внести зміни до ст. 49 Конституції України щодо скасування положень про безоплатність медичних послуг, гарантувати певний перелік безоплатних медичних послуг та визначити джерела фінансування реформ у галузі охорони здоров'я: держбюджет та фонд загальнообов'язкового медичного страхування.

Розділ 2
Судовий захист права на охорону здоров'я[17]

Захист прав пацієнтів неможливий без сталої судової практики. Чинне законодавство України не завжди містить норми права, які служать розв'язанню складних правовідносин у галузі охорони здоров'я. Тому узагальнення судової практики є дуже важливим напрямком роботи правозахисних організацій.

Проаналізувавши рішення у «медичних справах», взяті з Єдиного державного реєстру судових рішень, які набули законної сили в 2011 році, можливо відзначити певні тенденції, а саме, що з усього масиву проаналізованих рішень лише 9 рішень стосувалися притягнення лікарні до цивільної відповідальності у якості відповідача.

Три рішення були винесені судами Дніпропетровської області, два — Київської, по одному — в Харківській, Донецькій та Черкаській областях та в АРК.

Детально ознайомившись з рішеннями, можливо виявити такі тенденції.

1. Внутрішня неготовність судів задовольняти позови проти лікарень

Як свідчить аналіз справ, у 6 справах з 9 було винесено рішення про відмову у задоволенні позову повністю, у 3 справах суддя виніс рішення про часткове задоволення позову.

2. Недостатній професійний рівень адвокатів та недосвідченість самих потерпілих, що виявляються у невмінні вірно та точно формулювати свої позовні вимоги

У позовних вимогах часто відсутні вимоги про відшкодування матеріальної шкоди. Так, у 4 з 9 справ у позовних вимогах було вказане лише відшкодування або стягнення моральної шкоди (*№ 2-42/11, 2-14/11, 2-38/11, 3105/11*).

---

[17] Аналіз судових рішень у «медичних справах» за 2011 рік. Розділ підготовлено Наталією Охотніковою, Харківський національний університет ім. В.М. Каразіна.

В інших 5 справах позивачем було подано позов про стягнення матеріальної та моральної шкоди. Цікаво відзначити, що саме ці 5 позовів не були задоволені судами повністю. Отже, суди, побачивши у позовних вимогах словосполучення «матеріальна шкода», одразу настроюються на відмову у задоволенні позову, незважаючи на те, що всі обставини, викладені у позовах, є різними.

Для встановлення більш однозначних висновків треба зробити аналіз більш широкого масиву рішень (наприклад, за останні 5–7 років).

В одній справі (*№ 2-66/11*) позивачем було взагалі сформульовано позовні вимоги наступним чином: «про відшкодування шкоди», при цьому не конкретизовано, про яку саме шкоду йде мова. Це можна списати на загальний низький рівень правової грамотності населення, оскільки особа представляла свої інтереси та інтереси свого неповнолітнього сина самостійно, без залучення представника або адвоката.

Лише в одній з 9 заяв (*№ 2-890/11*) позивачем був заявлений позов про визнання протиправними дій та бездіяльності медичних працівників та відшкодування моральної і матеріальної шкоди.

Причини**,** які пояснюють дану тенденцію:

— непередбачливість пацієнтів, яка виражається у не зберіганні ними чеків на ліки;
— невміння пацієнтів та їх представників обґрунтувати спричинену діями лікарів матеріальну шкоду та вираховувати її обсяг, посилаючись на чеки, квитанції, виписки;
— невпевненість позивачів у позитивному вирішенні їх спору.

У більшості позовів відсутні вимоги про визнання протиправними дій та бездіяльності медичних працівників. Лише в одному з 9 з проаналізованих судових рішень (*№ 2-890/11*) були заявлені такі позовні вимоги.

Це є негативною тенденцією, яка потребує виправлення. Відповідно до ст.ст. 1166, 1167 ЦК України, загальною підставою деліктної відповідальності є протиправне, шкідливе, винне діяння завдавача шкоди. Звідси витікає, що для відшкодування шкоди одним з трьох обов'язкових критеріїв є саме протиправність дій. Іншими словами, шкода, завдана правомірними діями осіб, відшкодовуватися не буде. Це стосується як матеріальної, так і моральної шкоди.

Тому в позовній заяві необхідно обов'язково ставити питання про визнання дій або бездіяльності медичних працівників протиправними, і, як наслідок такого визнання — стягнення з них матеріальної та моральної шкоди.

Підтвердженням даних теоретичних викладок є мотиваційні частини рішень судів. Так, у всіх трьох рішеннях, в яких суд частково задовольнив позовні вимоги позивачів, суддя посилається саме на те, що дії медичного персоналу були незаконними.

У рішенні *№ 2-42/11* суд зазначає, що «*при таких обставинах суд вважає, що протиправними діями лікаря 6-ої міської лікарні м. Сімферополя, які виразилися в несвоєчасному діагностуванні ОСОБА_1, позивачу завдана моральна шкода, яка виразилася в тому, що при наявності перелому хребта позивачу призначалися фізичні вправи, що приводило до фізичних болів».*

У рішенні *№ 2-38/11* суд також наголошує: «*згідно ст. 23 ЦК України особа має право на відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення її прав. Моральна шкода полягає: у фізичному болю та стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я; у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з протиправною поведінкою щодо неї самої, членів її сім'ї чи близьких родичів.*

Відповідно до ст. 1167 ЦК України моральна шкода, завдана фізичній або юридичній особі неправомірними рішеннями, діями чи бездіяльністю, відшкодовується особою, яка її завдала, за наявності її вини.»

У рішенні № 2-14/11 суд найбільш прямо визначає: «*Суд вважає доведеним факт неправомірності дій працівників КЗ «Міська лікарня № 1» при наданні медичної допомоги ОСОБА_1».*

3. Відсутність сталого та чітко визначеного механізму вирахування кількості грошових коштів, у яких оцінюється моральна шкода, спричинена діями або бездіяльністю лікарів

Рішення судів про задоволення позовних вимог дуже нечасто містять посилання на Постанову Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» від 31.03.1995 року (далі — Пленум).

З трьох «позитивних» рішень лише одне, за *№ 2-38/11,* містило посилання на даний нормативно-правовий акт, причиною цьому може бути:

— невміння судами правильно застосовувати даний підзаконний акт;
— неврахування судами ролі даного Пленуму та значення його положень у вирішенні «медичних справ».

Законодавством та судовою практикою невизначений порядок вирахування суми моральної шкоди.

Так, у двох справах моральна шкода оцінюється в приблизно 50% від суми, яку заявив позивач (50 тисяч гривень зі 100 заявлених у одному випадку (*№ 2-38/11*), та 60 тисяч із 118 заявлених у другому випадку (*№ 2-14/11*).

Незрозумілою є позиція суду у третій справі: він присудив виплату лише менш ніж 1% від суми, заявленої позивачем: 10 тисяч гривень із заявлених 1 млн. 200 тисяч гривень (*№ 2-42/11*).

Цікавим є також той факт, що ці суми жодним чином не залежать від тяжкості наслідків, що були спричинені недбалими діями лікарів. У першому випадку (*№ 2-38/11*) хірург внаслідок недбалості залишив при операції у нозі клієнта марлеву серветку, яка спричинила запалення та розвиток остеомієліту.

У другому випадку (*№ 2-14/1*1) при проведенні гайротомії у лівій носовій пазусі потерпілого, можливо, була залишена турунда (марлевий тампон), що призвело до погіршення стану здоров'я пацієнта та необхідності проведення йому великої кількості додаткових процедур.

У третьому випадку (*№ 2-42/11*) наслідки були більш тяжкими — внаслідок несвоєчасного діагностування перелому хребта позивачеві були призначені фізичні вправи, що призвело до фізичних болів, і, можливо, до погіршення стану здоров'я. Однак суд вважав доведеним лише те, що особа відчувала фізичний біль від вправ, призначених за недбалістю лікаря. Пацієнт внаслідок отриманих травм став інвалідом 1 групи, втратив можливість рухатися самостійно та жити без медикаментів. Однак сума моральної шкоди була знижена судом до 10 тисяч гривень із заявлених 1 млн. 200 тисяч гривень.

З мотиваційних частин всіх рішень незрозуміло, чим мотивував своє рішення суд, зменшуючи суму моральної шкоди та які пропорції та механізми вирахування при цьому він застосовував.

4. Неоднозначне трактування судами поняття «моральної шкоди»

Відповідно до п. 3 Пленуму, під моральною шкодою слід розуміти втрати немайнового характеру внаслідок моральних чи фізичних страждань, або інших негативних явищ, заподіяних фізичній чи юридичній особі незаконними діями або бездіяльністю інших осіб. Відповідно до чинного законодавства моральна шкода може полягати, зокрема: у приниженні честі, гідності, престижу або ділової репутації, моральних переживаннях у зв'язку з ушкодженням здоров'я, у порушенні права власності (в тому числі інтелектуальної), прав, наданих споживачам, інших цивільних прав, у зв'язку з незакон-

ним перебуванням під слідством і судом, у порушенні нормальних життєвих зв'язків через неможливість продовження активного громадського життя, порушенні стосунків з оточуючими людьми**,** при настанні інших негативних наслідків.

Однак із проаналізованих рішень судів можна побачити, що суди вважають причиною для присудження виплати відшкодування моральної шкоди лише фізичні страждання.

Яскравим прикладом є рішення за *№ 2-14/11*, де у резолютивній частині суд відмовляє у частині позову двом позивачам, які є родичами пацієнта, у задоволенні позову про моральну шкоду.

«Суд також вважає, що не підлягають задоволенню позовні вимоги ОСОБА_2, ОСОБА_5 ОСОБА_3 про відшкодування на їх користь моральної шкоди від наслідків залишення турунди в лівій гайморовій пазусі ОСОБА_1 в ході операції гайморотомії, виконаної в 1998 році в розмірі по 5 000 грн. кожному, оскільки відповідно до ст. 440-1 ЦК України (в редакції 1963 року) моральна шкода відшкодовується безпосередньо особі, якій вона заподіяна. Крім того, позивачі повинні довести не тільки факт такої шкоди, але і наявність причинного зв'язку між шкодою та протиправними діями заподіювача та вини останнього в її заподіянні.»

Суд у тому ж рішенні відмовив позивачеві у задоволенні позовних вимог щодо того, що втратою медичних карток пацієнту було заподіяно моральної шкоди, не пояснюючи свого рішення наступним чином: «*У відношенні вимог позивача ОСОБА_1 щодо компенсації моральної шкоди від втрати відповідачем його двох стаціонарних карт в розмірі 10 000 грн. (по 5 000 грн. за кожну карту), то суд вважає недоведеною позивачем наявність такої шкоди та її розміру і у задоволенні позову у цій частині відмовляє.»*

Друге рішення (*№ 2-42/11*) також містить аргументацію, що підтверджує дану негативну тенденцію. Суд зазначає: «*Суд вважає встановленим факт того, що ОСОБІ_1 був несвоєчасно проведений знімок хребта та встановлений діагноз «перелом хребта», що підтверджується листом на ім'я ОСОБА_1 № Ц512 від 17.09.05 року заступника міністра охорони здоров'я, та висновком комісійної судово-медичної експертизи № 77 від 07.06.2010 р.*

При таких обставинах суд вважає, що протиправними діями лікаря 6-ої міської лікарні м. Сімферополя, які виразилися в несвоєчасному діагностуванні ОСОБА_1, позивачу завдана моральна шкода, яка виразилася в тому, що при наявності перелому хребта позивачу призначалися фізичні вправи, що приводило до фізичних болів.»

5. «Кругова порука» між судовими експертами та медиками, результати дій чи бездіяльності яких досліджується

Важливу роль у всіх рішеннях мають висновки судово-медичної експертизи, які застосовуються в судовому процесі для перевірки обґрунтованості заявлених позовних вимог осіб, які заявляють про те, що вони є потерпілими.

Однак на практиці, проаналізувавши даний масив рішень, можна побачити певний ряд проблем, що пов'язані з тим, що судово-медичні експерти ще не відійшли від практики «вставання на бік» своїх колег-лікарів та трактування спірних моментів саме на їх користь.

Показовим є рішення по справі *№ 2-66/11* за позовом ОСОБИ_2, що висувала позовні вимоги про відшкодування матеріальної та моральної шкоди до комунального закладу «Черкаський обласний туберкульозний диспансер» з причини того, що лікарі даного закладу невчасно діагностували у його неповнолітнього сина саркому Юінга, що у загальному підсумку призвело до втрати великої кількості часу та ампутуванню фаланги третього пальця в іншому медичному закладі.

За результатами експертизи вбачається, що «*між лікуванням ОСОБА_2 у комунальному закладі «Черкаський обласний туберкульозний диспансер» з 07.09.2009 року по 22.10.2009 року та наявністю у нього захворювання саркома Юінга причинного зв'язку немає, на момент лікування ОСОБА_2 у відповідача у нього вже мало місце хвороба саркома Юінга, об'єктивних судово-медичних даних, які б підтверджували необхідність ампутації пальця ОСОБА_2 на час його лікування у відповідача немає. Ампутацію третього пальця лівої руки проведено у зв'язку з наявністю у дитини саркоми Юінга, а не у зв'язку з тривалим лікуванням в ЧОПТД, хоча враховуючи вік дитини, вони повинні були запідозрити наявність саркоми на початку лікування, а не в кінці, спільними симптомами між туберкульозом фаланг пальця та саркомою Юінга є наявність різкого болю, набряк м'яких тканин, порушення функції пальця».*

Тобто, зазначаючи, що лікарі, виходячи з їх кваліфікації, повинні були діагностувати саркому, судово-медичні експерти все одно зробили висновок про відсутність причинного зв'язку між діями (а скоріше, бездіяльністю) лікарів даного закладу та подальшим розвитком хвороби у потерпілого.

6. Нехтування результатами альтернативної експертизи, які присутні у матеріалах справи

Цікавою тенденцією є той факт, що з 9 проаналізованих рішень тільки в одному містилось посилання на результати проведення альтернативної експертизи. В інших 8 випадках вона не застосовувалася. Це свідчить про низький рівень обізнаності позивачів та судів про можливість застосування такої експертизи та про недовіру до її результатів.

Так, у матеріалах справи *№ 2-421/11* містився консультативний висновок, результати якого були прямо протилежними результатам «офіційної» судмедекспертизи.

Позовні вимоги пацієнтки засновувалися на тому, що на її думку, своїми діями — недобросовісним проведенням ринопластики — лікарі відповідача призвели до її каліцтва, а отже, відповідач має відшкодувати матеріальну та моральну шкоду.

По справі призначалася комісійна судово-медична експертиза, яка була доручена Київському міському бюро судово-медичної експертизи та проведена з 18.04.2008 року по 25.09.2008 року. Експертами були зроблені такі підсумки: «*Наявність у неї (позивача) зазначеного системного захворювання (хвороби Шарпа) та трофічних змін тканин носа свідчать на користь несприятливого прогнозу при проведенні будь-якого оперативного втручання в ділянці носа*».

Тобто «офіційна» експертиза дійшла висновку, що деформація тканин носу позивача не знаходяться у причинно-наслідковому зв'язку з проведеною лікарями операцією рінопластики, а є наслідком хвороби Шарпа, яку нібито було діагностовано у позивача ще 30.10.2005 року.

Натомість, консультативним висновком від 01.10.2008 року № 10642 Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» було визначено, що позивач взагалі не хворіє на хворобу Шарпа.

Однак, суд не прийняв до уваги посилання позивача та її представника на дані результати консультативного висновку, мотивувавши це тим, що під час направлення позивача до Інституту отоларингології у 2005 році та на час проведення по справі судової експертизи така хвороба була наявною в діагнозі позивача.

Отже, це свідчить про фактичне нівелювання ролі альтернативної експертизи та неврахування її результатів при вирішенні судом питання про наявність причинно-наслідкового зв'язку між діями лікарів та шкодою здоров'ю пацієнтів.

Таким чином, аналіз судових рішень, що були винесені та вступили в законну силу у 2011 році, дає можливість виявити певні загальні моменти, якими характеризується сукупність рішень з «медичних справ».

Однак це не дозволяє робити однозначні висновки щодо розповсюдженості тієї чи іншої тенденції при розгляді «медичних справ», оскільки вибірка є неповною. Для того, щоб зробити більш об'єктивний огляд, потрібно проаналізувати вибірку даних справ за більш довгий період часу: наприклад, з 1 січня 2004 року — дня набуття законної сили Цивільного кодексу України, який встановив права пацієнтів.

Рекомендації

1. Звернути увагу юристів на необхідність правильно формулювати позовні вимоги, вказуючи не лише матеріальну та моральну шкоду у якості позовних вимог, але й вимагати визнати дії або бездіяльність медичних працівників протиправними.
2. Видати збірник зразків позовних заяв до працівників медичних закладів з різних аспектів їх (без)діяльності.
3. Рекомендувати судам застосовувати при винесенні рішення положення Постанови Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» від 31.03.1995 року.
4. Рекомендувати судам враховувати при винесенні рішення ступінь наслідків, які були спричинені внаслідок дій або бездіяльності відповідачів.
5. Рекомендувати суддям вірно застосовувати п. 3 рішення Пленуму, звертаючи увагу на позицію Верховного Суду України стосовно трактування поняття «моральної шкоди».
6. Звертати увагу адвокатів на зазначення у позовних вимогах п. 3 Пленуму із обґрунтуванням того, яка саме моральна шкода була спричинена позивачеві внаслідок неправомірних дій відповідача.
7. Більш широко застосовувати альтернативну експертизу, щоб уникнути «кругової поруки» між експертам та лікарями.
8. Рекомендувати судам критично ставитися до результатів судово-медичної експертизи, оцінюючи її об'єктивність та обґрунтованість висновків.

Розділ 3

Захист прав людини у царині медичної допомоги з використанням міжнародних механізмів[18]

Єдиним варіантом захисту порушеного права на медичну допомогу, у випадках відмови держави поновити чи компенсувати отриману шкоду, є судовий захист. Але в Україні ще у багатьох випадках національні суди не є ефективним методом захисту прав пацієнтів, тому вони змушені використовувати міжнародні регіональні судові (квазі-судові) механізми. Одним з таких механізмів є Європейській суд з прав людини, який встановлює порушення прав людини, які захищає Європейська конвенція з прав людини та основоположних свобод (далі — Конвенція). Право на належну медичну допомогу, як і інші соціальні права, не входять до каталогу прав, вказаних у Конвенції, тому Суд не розглядає питання порушення права на медичну допомогу. Але ці питання можуть розглядатися у контексті інших прав. Так, сучасна міжнародна практика розглядає як тортури та жорстоке поводження відсутність медичної допомоги, доступу до обезболюючих та замісної терапії, а також неякісну медичну допомогу, що призводить до фізичного болю та сильних страждань. Захист від такого поводження передбачається статтею 3 Європейської Конвенції. Порушення прав людини у галузі охорони здоров'я можуть також розглядатися у контексті таких прав, як право на життя, право на особисту недоторканість та право на приватне життя, а також захисту від будь-якої дискримінації, у тому числі за ознакою здоров'я.

Стосовно України Європейський суд вже неодноразово визнавав порушення статті 3 внаслідок відсутності належної медичної допомоги стосовно осіб, які утримуються під вартою у закладах Державної пенітенціарної служби. За останні два роки це були такі справи, як Кондратьєв проти України,

[18] Розділ підготовлено Айгуль Мукановою, ГО «Інститут правових досліджень та стратегій».

Похлебкін проти України, Віслогузов проти України, Пєтухов проти України, Харченко проти України, Ошурко проти України.

У вказаних справах порушення були визнані з урахуванням того принципу, що держава відповідає за життя та здоров'я людини, яка утримується під вартою,і така людина не має можливості вибору, самостійного доступу до медичних послуг. У цих справах Європейський суд нагадував, що стаття 3 Європейської конвенції накладає на державу зобов'язання захищати фізичний стан осіб, позбавлених волі. Європейський суд визнає, що «медична допомога у лікарняних закладах пенітенціарної служби не завжди може бути на такому ж рівні, як у найкращих цивільних медичних закладах»[19] и «стаття 3 не може тлумачитись як гарантія надання кожному затриманому медичної допомоги на рівні найкращих цивільних лікарень… і що у принципі можливості медичних закладів у рамках пенітенціарної системи обмежені у порівнянні з цивільними лікарнями.»[20], «Але держава зобов'язана належним чином забезпечити здоров'я та добробут затриманих, зокрема шляхом надання їм необхідної медичної допомоги…»[21].

У випадках, коли Уряд посилався на те, що затриманих оглядали лікарі та призначали лікування, Європейський суд підкреслював, що «сам факт огляду хворого лікарем та прописування йому певного лікування не може автоматично означати, що медична допомога була адекватною… Влада повинна також забезпечити ведення докладних записів стосовно стану здоров'я затриманого та його лікування в ув'язненні… та коли це необхідно, забезпечити регулярний та систематичний медичний нагляд, а також застосування всеохоплюючої терапевтичної стратегії, спрямованої на лікування захворювання затриманого, яка запобігає загостренню хвороби, а не лише на лікування симптомів» . У рішеннях щодо України Європейський суд також, як і взагалі у своєї практиці, підходив до кожного випадку з урахуванням обставин справи та аргументів, що стандарти медичної допомоги повинні бути сумісними з гідністю людини, але повинні враховувати практичні вимоги режиму позбавлення волі.

У справі Пєтухова проти України Європейський Суд визнав порушення статті 3 з боку представників влади України по факту ненадання належної медичної допомоги. У Володимира Пєтухова, який утримувався у тому ж слід-

---

[19] Харченко проти України, рішення від 10 лютого 2011 року, заява № 40107/02, §58.

[20] Петухов проти України, рішення від 21 жовтня 2010 року, заява № 43374/02, §89.

[21] Харченко проти України, рішення від 10 лютого 2011 року, заява № 40107/02, §58.

чому ізоляторі у місті Києві, внаслідок вогнепального поранення та переломів кісток лівого стегна була встановлена металічна пластина у лівій нозі, яка змістилася унаслідок деформації кістки, та заявник страждав від сильного болю. Згідно з висновком спеціаліста — хірурга для позбавлення від болю була необхідна операція та стаціонарне лікування у спеціалізованій лікарні, а також милиці, ортопедичне взуття та сильні знеболюючі. Крім того, під час перебування у карцері Пєтухов застудився, але не отримував ніякого лікування від застуди,через два місяці він почав кашляти. Ще через п'ять місяців йому поставили діагноз «туберкульоз, плеврит» Але з цим діагнозом його взимку помістили до карцеру, де було дуже холодно та волого, тому стан здоров'я Пєтухова погіршився. Через рік після цього у Пєтухова виявився пневмоторакс (накоплення гною у плевральної порожнині), у зв'язку з чим його перевели до Інституту фтизіатрії та пульмонології у м. Києві. Лікування проходило шляхом плеврального дренажу та введення антибіотиків та інтенсивної протитуберкульозної терапії. Хірургічне лікування ноги не проводилося і весь час Пєтухов був обмежений у русі та відчував сильний біль. Адміністрація слідчого ізолятору просила слідчого розглянути питання про звільнення Пєтухова Володимира з-під варти, оскільки йому було необхідне лікування в умовах стаціонару, але слідчій відмовився розглядати питання про зміну запобіжного заходу. Через два місяці заявника повернули до слідчого ізолятору, незважаючи на те, що лікування не було закінчено та умов для його лікування у слідчому ізоляторі не було. У легенях Пєтухова залишилися трубки для відводу гною та подальшого лікування антибіотиками. Оскільки Пєтухов не отримував подальшого лікування у слідчому ізоляторі, місця введення трубок запалилися та Пєтухов був змушений видалити їх самостійно.

Через чотири місяці після переведення до СІЗО Пєтухов на момент прийняття рішення страждав на фіброкавернозний туберкульоз правих легень.

Оперативне лікування ноги Пєтухову зробили після переводу до Сокальської колонії у жовтні 2006 року, більш, ніж через 5 років після затримання та переводу Пєтухова.

Уряд стверджував, що заявник неодноразово відмовлявся від лікування туберкульозу. Але Європейський Суд вказав, що жодна відмова не була підписана заявником, лише лікарями, та Уряд ніяк не прокоментував аргументи заявника, що йому запропонували лікування з використанням прострочених ліків. Суд також звернув увагу на те, що Уряд не надав копії медичних документів до моменту діагностування туберкульозу, а також відмітив, що більшість копій медичних документів були поганої якості та частину з них не мож-

на було прочитати. Таким чином Уряд не надав документів, які могли би спростувати твердження Пєтухова, хоча державні органи мають доступ до цієї інформації, яка збиралась та зберігалась у пенітенціарній службі. За таких обставин Європейський суд прийшов до висновку обґрунтованості тверджень заявника. У цьому моменті також чітко виявляється існуюча в пенітенціарної службі України проблема відсутності належного документування медичної інформації, яка має бути докладною та зрозумілою як для спеціалістів-медиків, так і для самих пацієнтів.

Щодо захворювання заявника внаслідок численних переломів лівого стегна, Європейський суд також визнав відсутність належної медичної допомоги, яка призвела до порушення статті 3 Конвенції. Вказане рішення було прийнято з урахуванням того, що декілька медичних висновків з 2002 року стосовно Пєтухова вказували на необхідність операції та спеціального лікування. Але незважаючи на такі висновки та постійний біль і обмеження руху, Володимир Пєтухов не отримував ніякого лікування у зв'язку з травмою стегна до 2006 року, що також мало негативний вплив на загальний стан його здоров'я.

У справі Ошурка проти України[22] Європейський суд також визнав порушення статті 3 Європейської конвенції через відсутність належної медичної допомоги. Олег Ошурко, який до затримання не бачив на одне око,12 квітня 2003 року був побитий співкамерниками у слідчому ізоляторі. Наступного дня його оглянули працівники бригади швидкої медичної допомоги і відвезли його до лікарні. Після огляду офтальмологом його повернули до слідчого ізолятора. 14 квітня Ошурка оглянув лікар та йому знову рекомендували госпіталізацію. Але хворого не відвезли до лікарні через відсутність палива для машини і його знову помістили до камери слідчого ізолятору. Цього ж дня Ошурка звільнили і батьки відвезли його до лікарні, де він проходив стаціонарне лікування до 6 травня 2003 року. В результаті Ошурко втратив зір, став інвалідом першої групи.

Розглядаючи вказану справу Європейський суд звернув увагу на те,що лікарі неодноразово повідомляли працівників слідчого ізолятору, що Ошурку необхідна медична допомога у спеціалізованій стаціонарній лікарні. В умовах слідчого ізолятора таке лікування не було можливим. Після звільнення Ошурко отримав необхідну йому медичну допомогу із затримкою у часі, коли

[22] Ошурко проти України, рішення від 8 жовтня 2011 року, заява № 33108/05.

батьки відвезли його до лікарні. Неможливість надати медичну допомогу, затримка у наданні медичної допомоги у 48 годин негативно вплинула на наслідки травми.

Враховуючи зазначені висновки, Європейський Суд визнав, що втрата зору Ошурком стала результатом відсутності належної медичної допомоги, а також вказав, що тюремна адміністрація вийшла за межі обов'язків, які накладає Європейська конвенція, та звільнила Ошурка без забезпечення належною медичною допомогою.

Європейський суд встановив, що національна влада не відреагувала адекватно на серйозні проблеми зі здоров'ям заявника, що склало нелюдське та принижуюче гідність поводження у порушення статті 3 Конвенції.

У справі Логвиненко проти України, рішення у якій ухвалено 14 жовтня 2010 року, визнано порушення статті 3 Європейської Конвенції стосовно ненадання належної медичної допомоги хворому на ВІЛ і туберкульоз. Це вже не перше рішення Європейського суду щодо України стосовно відсутності належного лікування хворих на ВІЛ у слідчому ізоляторі. У 2008 році Європейський суд визнав порушення статті 2 Європейської конвенції стосовно Ольги Біляк[23]. Заявниця утримувалась у слідчому ізоляторі м. Києва, була хвора на ВІЛ і інші хвороби, та померла у результаті відсутності адекватного лікування, у тому числі вчасного обстеження. Щодо лікування ВІЛ у справах проти України, особливо стосовно осіб, які утримуються у слідчих ізоляторах, систематично підносяться серйозні питання про обстеження на ВІЛ та постійного лабораторного контролю за такими хворими, які є більш вразливими щодо захворювань супутніми хворобами.

Логвиненко Олександр знаходився під вартою у Сімферопольському слідчому ізоляторі з березня 2001 року. У жовтні 2004 року його перевели до тюрми у м. Сокаль Львівської області, а в листопаді 2006 року — до Херсонської тюрми. За весь період з 2001 по 2008 року Логвиненко не проходив медичного обстеження та не отримував лікування ВІЛ. Лікування туберкульозу було нерегулярним і недостатнім, обмежувалося періодичним призначенням антибіотиків, спеціальної дієти, та іноді вітамінів. Згідно з пунктом 44 Протоколу Міністерства охорони здоров'я, який діяв на той час, протягом декількох місяців медична комісія, у випадку відсутності ефекту від лікування, повинна провести тестування на стійкість до ліків, у випадку відсутності

[23] Кац та інші проти України, рішення від 19 грудня 2008 року, заява № 29971/04.

ефекту повинні були розглядатися альтернативні методи лікування, у том числі хірургічні. Лікування почалося у 2001 році. Незважаючи на погіршення ситуації протягом п'яти років, тест був проведений лише у 2006 році, та виявлена резистентність до деяких препаратів, і вони були замінені препаратами другого ряду. За час утримання під вартою стан здоров'я Логвиненка значно погіршився, туберкульоз прогресував. На весні 2001 року в нього була туберкульозна інфекція низької інтенсивності у верхній частині правої легені. Інфекція поширилась і на другу легеню та стала хронічною, призвела до руйнування тканин та формування туберкул у 2008 році.

Крім того, не дивлячись на рекомендації лікарів та численні прохання Логвиненка, протягом всього періоду перебування під вартою йому відмовляли у проведенні аналізу крові для встановлення кількості CD-4 імунних клітин, хоча ця інформація дуже важлива для планування стратегії лікування туберкульозу. Згідно протоколу Міністерства охорони здоров'я, який регулює надання медичної допомоги хворим комплексно на ВІЛ та туберкульоз, такий аналіз повинен проводитися в середньому кожні три місяці.[24]

Крім того, у 2008 році у Логвиненка було діагностовано гепатит та хронічний бронхіт, які є інфекційними захворюваннями. На відсутність ефекту від лікування також впливали погані умови утримання: відсутність обігріву, гарячої води, свіжого повітря, фізичних вправ.

У цій справі Європейський суд, посилаючись на вищевказані обставини, відмітив очевидну відсутність систематичного та стратегічного контролю, а також умов утримання під вартою, достатньо адаптованих до його стану здоров'я, що на думку Суду було необхідним, враховуючи особливий стан Логвиненка.

Європейський суд при цьому звернув увагу на відсутність своєчасного проведення тесту та зміни препаратів для лікування туберкульозу.

Європейський суд також підкреслив, що в історії хвороби Логвиненка за період з березня по травень 2001 року та з березня 2002 року по вересень 2004 року не було інформації про його обстеження та лікування. Суд також звернув увагу на те, що у медичних документах не було інформації про інші стандартні методи лікування туберкульозу, передбачені протоколами Міністерства охорони здоров'я. У декількох випадках адміністрація визнавала відсутність належного лікування. Так, навесні 2001 року начальник слідчого ізо-

[24] Приказ Міністерства охорони здоров'я України № 276 від 28 травня 2008 року «Про затвердження клінічного протоколу медичної допомоги хворим комплексно на ВІЛ і туберкульоз».

лятору подавав заяву з питанням звільнити Логвиненка за відсутністю умов лікування, а у 2006 році Логвиненка перевели з Сокальської тюрми до Херсонської після його численних скарг на недостатність медичної допомоги.

Стосовно ВІЛ Європейський суд визнав «неприйнятним той факт, що протягом усього розглянутого періоду (більш восьми років) взагалі не проводилася жодна терапія. Суд вважав, що така затримка не може бути пояснена лікувальною тактикою першочергового лікування туберкульозу… Нема ніяких записів, які підтверджують, що ВІЛ-терапія обговорювалась у періоди, коли туберкульоз заявника прогресував (наприклад, у березні 2002 та серпні 2005 року). Крім того, згідно з діючими інструкціями, лікування ВІЛ — хворих на туберкульоз слід починати невідкладно, коли рівень CD-4 імунних клітин, який рекомендовано перевіряти кожні декілька місяців, падає нижче певної норми. У будь якому разі лікування необхідно починати через декілька місяців після початку терапії туберкульозу. Але заявнику відмовляли у проведені тестів на кількість CD-4 клітин багато років поспіль. У відсутності контролю рівня імунних клітин не можна виключити, що одужання заявника від туберкульозу фактично блокувалось відсутністю ВІЛ-терапії…».[25]

Європейський суд також звернув увагу на відсутність інформації про те, що для заявника не був розроблений належний спеціальний гігієнічний та фізичний режим, який є дуже важливим для лікування туберкульозу. Європейський суд відзначив, що хоча згідно з українським законодавством лікування туберкульозу проводиться у спеціалізованих лікарнях, Логвиненко провів більш двох років у тюрмі № 47, призначеній для здорових людей, у звичайній камері та був змушений дотримуватися фізичного режиму та режиму відпочинку, встановлених для здорових затриманих (знаходження у камері без прогулянок більшу частину дня, категорична заборона лежати на ліжку у денний час). Також Європейський суд проаналізував твердження заявника та відсутність документальних доказів з боку Уряду, які могли би спростувати ці твердження, заяву співкамерника Логвиненка та загальне погіршення здоров'я Логвиненка, зробив висновок, що умови утримання заявника під вартою не були належним чином адаптовані до його медичних потреб.

У цієї справі Європейський суд визнав, що утримання ув'язнених у закладах, де відсутні необхідні засоби для належного лікування туберкульозу і відмова у доступі до таких засобів, є неприйнятним. Також Європейський

[25] Логвиненко проти України, рішення від 14 жовтня 2010 року, заява № 13448/07, §73.

суд відмітив, що «…недоступність належних умов утримання під вартою у поєднанні з неможливістю відділити здорових ув'язнених від хворих на інфекційні захворювання, такі як туберкульоз, може не лише спровокувати важкі фізичні та психічні страждання ув'язнених, якім потрібне лікування, а також сприяти розповсюдженню хвороб та мати серйозні негативні наслідки для інших ув'язнених».

Відсутність належної медичної допомоги ув'язненому, пов'язана з відсутністю належних умов утримання, також була визнана порушенням статті 3 Європейської конвенції у справі Віслогузов проти України[26]. У цій справі Європейський суд визнав, що Віслогузову, який з листопада 2003 року по січень 2004 року утримувався у Сімферопольському слідчому ізоляторі та був хворий на туберкульоз, хронічний гепатит, також не надавали належну медичну допомогу. Його тримали у звичайній камері і лише одного разу, у період з вересня по листопад 2004 року, помістили до спеціалізованої лікарні, незважаючи на необхідність постійного лікування та вимогу національного законодавства утримувати ув'язнених, хворих на туберкульоз, у спеціалізованих лікарнях.

У справі Харченко проти України Європейський суд визнав необґрунтованою скаргу у частини про порушення статті 3. У Леоніда Харченко, який знаходився під вартою у Київському слідчому ізоляторі з 20 квітня 2001 року, було виявлено захворювання серця, але коли він був госпіталізований з відчуттям сильного болю у груднині, діагноз не був пов'язаний з захворюванням серця. Європейський Суд звернув увагу на те, що Харченко був поміщений до медичної частини слідчого ізолятору наступного дня після скарги на біль. Йому прописали ліки, та його регулярно оглядав лікар. Після його виписки з медичної частини 11 березня 2003 року він не скаржився на поганий стан здоров'я до моменту звільнення. Суд пояснив, що твердження Харченко, що у нього був серцевий напад, не був підтверджений докладнішою інформацією, тому з урахуванням відсутності скарг після лікування та звільнення Харченко з-під варти у задовільному стані визнав заяву Харченко про порушення статті 3 Європейської Конвенції у контексті відсутності належної медичної допомоги необґрунтованою.

Але Європейський суд визнав порушення статті 3 Європейської конвенції за заявою Харченко про погані умови утримання, які не були належними, особливо враховуючи стан його здоров'я. У цій справі було вказано, що «дер-

[26] Віслогузов проти України, рішення від 20 травня 2010 року, заява № 32362/02,

жава повинна забезпечити отримання ув'язнених під вартою в умовах, які сумісні з повагою до людської гідності, щоб форми та методи реалізації цієї міри запобіжного заходу не вели до страждань і труднощів, які перевищують неминучий рівень страждань, властивий утриманню під вартою, а також забезпечити адекватні гарантії його здоров'я та добробуту з врахуванням практичних вимог режиму позбавлення волі».[27]

Розглядаючи схожі питання щодо утримання хворих, ув'язнених з порушенням статті 3 Європейської конвенції у справах 2011 року (Кондратьєв проти України, Цігоній проти України, Веніосов проти України[28]), Європейський суд посилався на свої висновки у справі Харченко. Так, у справі Кондратьєва заявник, який утримувався протягом дев'яти місяців у Севастопольському ізоляторі тимчасового тримання, потім більш двох років у Сімферопольському слідчому ізоляторі, був хворий на туберкульоз лівої легені. З 2007 року стан його здоров'я різко погіршився, та у липні 2009 році у нього діагностували вже туберкульоз обох легень. Незважаючи на розвиток хвороби, до 3 липня 2009 року у медичних документах заявника не було жодних згадувань щодо стадії розвитку туберкульозу. Також лікар час від часу не вказував назву та дозування медичних препаратів, якими лікували заявника, а також особливості лікування. Після 3 липня 2009 року до 21 жовтня 2010 року не проводилися регулярно необхідні обстеження. Заявнику не був прописаний та забезпечений необхідний для лікування хвороби індивідуальний гігієнічний режим та режим харчування.

Європейський суд визнав порушення статті 3 Європейської конвенції у неналежних умовах утримання хворого Логвиненка[29]: недостатності світла, відсутності доступу до прогулянок та свіжого повітря, переповненості камер. Аналогічні порушення в цій частині Європейський суд визнав раніше і у справах Похлебкин проти України[30] та Знайкін проти України[31] у зв'язку з відсутністю доступу до свіжого повітря та прогулянок, належного освітлення в камері. У справі Знайкіна Європейський суд зазначив, що проблеми

---

[27] Харченко проти України, рішення від 10 лютого 2011 року, заява № 40107/02, §51.

[28] Кондратьєв проти України, рішення від 15 грудня 2011 року, заява № 5203/09; Цигоній (Tsygoniy) проти України, рішення від 24 листопаду 2011 року,заява № 19213/04; Веніосов проти України, рішення від 15 грудня 2011 року, заява № 30634/05

[29] Логвиненко проти України, рішення від 14 жовтня 2010 року, заява № 13448/07.

[30] Похлебкин проти України, рішення від20 травня 2010 року, заява № 35581/06.

[31] Знайкін проти України, рішення від 7 жовтня 2010 року,заява № 37538/05.

відсутності належного світла та вентиляції посилювалися відсутністю вікон у камері, що було підтверджено Урядом.

У рішеннях Європейського Суду проти України також розглядалися питання про систему медичного огляду осіб, які були затримані міліцією, особливо коли у затриманих були виявлені тілесні ушкодження. У справі Коробов проти України[32] Ігоря Коробова затримали працівники міліції 18 та 26 квітня 2000 року били у приміщенні міліції, від чого він отримав численні тілесні ушкодження, у том числі забиті нирки та зламані два ребра. 24 квітня 2000 року Коробова помістили до ізолятору тимчасового тримання. Він скаржився на головний біль і важкість сечовипускання та дихання. У травні 2000 року заявник скаржився на біль у спині, головний біль, гематурію. 19 и 20 травня 2000 року заявника оглянув лікар СІЗО. Заявник скаржився на болі у спині, болі у серці, головний біль і гематурію.

У жовтні та листопаді 2000 року заявникові був поставлений діагноз «гострий посттравматичний лівобічний пієлонефрит». Після звільнення з-під варти 24 листопада 2011 року Коробова госпіталізували до Азовської центральної лікарні, де поставили діагноз: «посттравматична деформація нирок, можливий хронічний нефрит та гематурія».

У цій справі не був проведений огляд Коробова до надання його під варту. У зв'язку з цією ситуацією Європейській Суд вкотре нагадав, що у випадках, коли в людини були тілесні ушкодження, а «національна влада не провела медичне обстеження до надання заявника під варту, Уряд не може посилатися на цей факт на свій захист та стверджувати, що вказані ушкодження були отримані до утримання заявника під вартою в міліцейському відділенні…».[33]

У справі Коробов проти України Європейський суд, посилаючись на другу загальну доповідь Європейського комітету попередження тортур 2002 року, відмітив, що «медичне обстеження, як і право на доступ до адвоката та право інформування третьої сторони про затримання є загальними гарантіями проти жорстокого поводження із затриманими, які повинні застосовуватися з самого початку позбавлення волі незалежно від того, як це описано у відповідному законодавстві…».[34]

---

[32] Коробов противУкраины, рішення від 21 липня 2011, заява № 39598/03.

[33] Коробов против України, рішення від 21 липня 2011 року, заява № 39598/03, §68.

[34] Коробов против України, рішення від 21 липня 2011 року, заява № 39598/03, §70.

Розглядаючи відсутність належної медичної допомоги в місцях позбавлення волі, Європейський суд в останніх рішеннях проти України підносив у зв'язку з цим питання відсутності реєстрації працівниками пенітенціарної служби так званих медичних скарг ув'язнених на стан здоров'я та тілесні ушкодження. Так, у справі Давидов та інші проти України ув'язнених побили працівники спецпідрозділів, яких вводили для тренування до колонії, та завдали їм серйозних тілесних ушкоджень. Звернення ув'язнених зі скаргами на стан здоров'я та питаннями фіксації ушкоджень не були зафіксовані в медичних документах. Так, медичні документи Давидова, який був одним з заявників, взагалі зникли на час переводу з Замкової колонії до Бердичівської колонії № 70. Його загальні медичні записи були знищені за скінченням терміну зберігання.

У цьому випадку Європейській суд нагадав, що «стаття 3 Конвенції зобов'язує державу захищати фізичне благополуччя осіб, позбавлених волі, та забезпечувати належну охорону їх здоров'я, наприклад, шляхом надання медичної допомоги… Відсутність належної медичної допомоги може розглядатися як поводження, яке суперечить статті 3… Зокрема, в ситуації, коли у виняткових випадках мала місце поведінка, неприпустима з точки зору статті 3 Конвенції, та ув'язнений був підданий жорстокому поводженню, внаслідок чого він отримав ушкодження, держава зобов'язана забезпечити своєчасне лікування, яке відповідає стану здоров'я заявника та отриманим ушкодженням. Це позитивне зобов'язання потребує, крім іншого, реєстрації медичних скарг, своєчасного виявлення та діагностики ушкоджень, розробки комплексної медичної стратегії лікування ушкоджень, документування процесу надання медичної допомоги, оцінки стану здоров'я особи після медикаментозного лікування та можливої необхідності посттравматичного лікування, яке може включати оцінку психічного стану ув'язненого…».[35]

Тому відсутність адекватного лікування ушкоджень, отриманих під час навчань, відсутність належної реєстрації медичних скарг та реакції на них дали Європейському суду підстави визнати порушення статті 3 Європейської Конвенції.

У цій справі Європейський суд зазначив, що існуюча у пенітенціарній системі України система реєстрації ушкоджень дозволяє працівникам пені-

[35] Давидов та інші проти України, рішення від 1ипня 2010 року, заяви №№ 17674/02 і 39081/02,§294

тенціарних закладів не реєструвати їх та не реагувати на медичні скарги. Ці обставини надали Європейському суду підстави визнати, що відсутність записів не є сама по собі достатньою для спростування свідчень, які були надані Європейському суду про обставини побиття.

Суд також визнав у справі Давидов та інші, що «заявники просили надати їм медичну допомогу одразу після побиття та наступного дня, але нічого не було зроблено, тому вони були змушені надавати медичну допомогу один одному. Травми, які були спричинені ув'язненим під час загального обшуку, не були зареєстровані та записи про травми відсутні. Першій та другий заявник також не отримали медичної допомогу у зв'язку з отриманими ушкодженнями. Також Європейський суд звернув увагу на той факт, що на час звернення ув'язнених за медичною допомогою у Замковій тюрмі на 750 ув'язнених працювали лише два медичних працівника, лише один з них був лікарем.

У контексті статті 3 Європейської конвенції стосовно медичної допомоги ув'язненим в Україні Європейський суд розглянув ще одне питання про застосування наручників до хворих ув'язнених.

У справі Охрименко проти України[36] заявник утримувався у слідчому ізоляторі м. Харкова,. У квітні 2007 року йому поставили діагноз: рак лівої нирки. У клопотаннях про звільнення з-під варти Охрименку було відмовлено, необхідне оперативне лікування у лікарні не проводилось. Охрименко звернувся до Європейського суду з проханням про застосування правила 39 Регламенту Європейського суду термінових мір стосовного його лікування.

Лише 11 грудня 2007 року після заяви Охрименка та рішення Європейського суду про застосування правила 39 Регламенту Європейського суду про необхідність переводу Урядом України Охрименка до лікарні чи іншого медичного закладу, де він може отримати необхідне лікування, Охрименка перевели до Харківської онкологічної лікарні та зробили операцію, надали післяопераційне лікування. У лютому 2008 року Охрименко відмовився від подальшого лікування, його оглянув консиліум лікарів, який дійшов висновку, що стан його здоров'я задовільний, але йому необхідний контроль лікаря-онколога. Хоча Охрименко не був повністю вилікуваний, стан його здоров'я значно покращився. При таких обставинах Європейський суд не знайшов порушення владою статті 3 Європейської конвенції стосовно лікування. Але

[36] Охрименко проти України, рішення від 15.10.09, заява № 53896/07.

на час перебування в лікарні, з 11 грудня 2007 року приблизно до 19 вересня 2008 року, Охрименко постійно був прикутий до ліжка: в день — однією рукою, а в ночі — обома. Одночасно його охороняли троє озброєних працівників слідчого ізолятору. Вікна у палаті були заґратовані.

Оцінюючи ситуацію Європейський суд нагадав, що «неналежне поводження повинно досягнути мінімального рівня жорстокості, щоб попасти під дію статті 3 Конвенції… Така оцінка залежить від усіх обставин справи, таких як тривалість поводження, фізичні та психічні наслідки та іноді стать, вік, стан здоров'я…

Хоча мета такого поводження є фактором, який береться до уваги, чи було воно спрямоване на приниження гідності, відсутність такої мети не приводить неминуче до того, що порушення статті 3 Конвенції не було…

Утримання в наручниках не складає проблеми з точки зору статті 3 Конвенції, коли вони застосовуються у поєднанні із законним затриманням та не тягне за собою застосування сили чи виставлення напоказ у більшій мірі, ніж це обґрунтовано необхідно. У цьому відношенні важливим фактором є небезпека втечі чи спричинення пошкоджень, чи шкоди…».[37]

Стосовно Охрименка Європейський суд у своєму рішенні зазначив, що хоча він відмовився від обстеження та лікування, а також ображав персонал лікарні, відсутні посилання на те, що він поводився агресивно чи намагався втекти. Він також страждав від важкої форми раку, був дуже слабкий після операції та наступної радіотерапії. Крім того, його охороняли троє працівників слідчого ізолятору. При таких обставинах Суд визнав, що утримання заявника у наручниках не може бути виправдано обставинами безпеки та, враховуючи стан його здоров'я, було нелюдським та принижуючим його гідність поводженням.

У справах проти України стосовно відсутності належної медичної допомоги у пенітенціарній службі, зокрема вищезазначені, Європейський суд також визнавав відсутність в Україні ефективних засобів захисту постраждалих і тому порушення статті 13 Європейської конвенції.

Суд підкреслював, що «вирішальним питанням в оцінці ефективності засобу захисту стосовно скарги на погане поводження є можливість заявника подати скаргу до національних судів з цього питання з метою отримати пряме та своєчасне відшкодування, а не суто непрямий захист прав, гарантованих статтею 3 Конвенції. Цей засіб захисту може бути превентивним та ком-

[37] Охрименко проти України, рішення від 15 жовтня 2009 року, заява № 53896/07, §§95–97.

пенсаторним в інстанціях, де особи скаржаться на погане поводження під час утримання та умови утримання»[38].

Стосовно України суд розглядав існуючі можливості для заявників захистити порушені права. Щодо першого припущення Уряду у таких випадках, що позов має бути подано до органів прокуратури, які є відповідальними за дотримання законності виконання рішень у кримінальних справах, Суд зазначав, «що це не можна розглядати як ефективний та доступний засіб захисту, враховуючи те, що статус органів прокуратури за національним законодавством не передбачає ефективних гарантій для незалежного та безстороннього перегляду скарг заявника (див. рішення у справі «Меріт проти України», № 66561/01, п. 63, від 30 березня 2004 року; mutatismutandis рішення у справі «Невмержицький проти України», № 54825/00, п. 116, ECHR 2005– … (витяги), та «Салов проти України», № 65518/01, п. 58, від 6 вересня 2005 року). Більше того, Уряд не довів, що звернення до прокуратури пропонує вищезазначене превентивне чи компенсаторне відшкодування за звинуваченнями у поганому поводженні та умовах тримання, що суперечать статті 3 Конвенції»[39].

Щодо інших механізмів захисту, у всіх випадках заяви про відсутність медичної допомоги у пенітенціарних закладах заявники скаржились лікарям цих закладів на свої хвороби, адміністрація закладів знала про факти захворювань заявників та страждання від болю та інші проблеми, пов'язані із хворобами заявників. Таким чином національні органи були достатньо обізнані в ситуаціях заявників та мали можливість вивчити умови тримання та, якщо можливо, запропонувати компенсацію. Також у всіх справах Уряд не продемонстрував, яке відшкодування національні суди чи інші державні органи могли запропонувати заявнику, зважаючи на економічні складності адміністрації в'язниці. Тому Суд ще у справі Мельник проти України, на яку він посилався у наступних справах, зазначив, що проблеми, які постають з умов утримання та недостатність відповідного медичного лікування мають структурну природу і стосуються не лише особистої ситуації заявника.

Європейській суд також визнавав з боку представників України порушення статті 3 Європейської конвенції у випадку примусового приміщення до психіатричної лікарні без згоди пацієнта та відповідного рішення суду з застосуванням фізичної сили у справі Федорова та Федоров проти України, рі-

[38] Мельник проти України, рішення від 28 березня 2006 року, заява № 72286/01, §68.

[39] Мельник проти України, рішення від 28 березня 2006 року, заява № 72286/01, §69.

шення від 7 липня 2011 року № 39229/03). Володимиру Федорову, мешканцю м. Полтави, був поставлений діагноз «хронічний маячний» розлад» психіатром районної клінічної лікарні, який приїхав до дому родини Федорових за заявою сусідів та провів п'ятихвилинну співбесіду.

Через три роки, коли Федоров прийшов до відділення міліції для закінчення процедури продовження дозволу на володіння рушницею, його примусово госпіталізували до обласної психіатричної лікарні. Федоров, дізнавшись про госпіталізацію, хотів отримати пояснення та проконсультуватися зі своїм адвокатом. Але йому не надали такої можливості. Чотири працівники міліції, застосовуючи фізичну силу, били Федорова руками та ногами та примусово посадили до автомобілю. Дружину Федорова били по руках, штовхнули та притиснули до дверей. Судово-медичні експерти виявили у Федорова Володимира забиття м'яких тканин голови, обличчя, лівої ноги та шиї. У лікарні Федоров двічі пройшов психіатричні огляди. Після виходу з лікарні головний психіатр лікарні повідомив адвоката Федорова, що діагноз Федорова «хронічний маячний розлад» з яким він був госпіталізований, не знайшов свого підтвердження.,

Європейський Суд визнав порушення статті 3 Європейської Конвенції, відмітив у рішенні по цій справі, що спосіб примусової госпіталізації заявник, навіть у випадку законності такого рішення, був надто надмірним та принизливим. Федоров Володимир і Тетяна, 1948 та 1960 років народження, не мали фізичної сили, вони не застосовували насильства та не намагались когось образити. Те, що госпіталізація проходила на території відділення міліції, де були численні працівники міліції, також давало перевагу посадовим особам, які проводили госпіталізацію. У них також була можливість спланувати таку госпіталізацію заздалегідь. Європейській суд зазначив, що дії працівників міліції були свідомо жорстокими, вони били Федорова та його дружину та продовжували побиття після поміщення Федорова до машини швидкої допомоги.

Свої висновки Європейський суд пояснив тим, що Федоров Володимир «був вміщений до психіатричної лікарні проти його волі, що може вважатися серйозним втручанням в його фізичну та психічну цілісність, а також приватну недоторканість. У ряді випадків Суд вже признавав, що примусове медичне втручання, що може бути в принципі виправданим, має підлягати суворому контролю згідно зі статтею 3 Конвенції…»[40].

---

[40] Федоров та Федорова проти України, рішення від 7 липня 2011 року № 39229/03, §61.

Розглядаючи питання про забезпечення у попередньому процесі ухвалення рішення про госпіталізацію достатніх процесуальних гарантій для Федорова, Європейський суд зазначив, що «рішення було прийнято у однобічному порядку районним психіатром, який, схоже, ніколи не оглядав його особисто. Перший заявник не міг оскаржити ці рішення до його виконання. Навпаки, за його твердженням, яке не заперечувалось Урядом, це рішення було для нього несподіваним, оскільки за два дні до вказаних подій він отримав довідку про психіатричну придатність та прийшов до міліції, сумлінно віруючи, що він продовжить дію дозволу на рушницю. Крім того, йому не надали можливості зв'язатися з керівником відділення міліції, ні зі своїм адвокатом до застосування цієї міри. Тому процесу прийняття рішення про примусову госпіталізацію не вистачало загальних процесуальних гарантій, що викликає серйозні сумніви стосовно медичної необхідності цієї міри та ще більші сумніви стосовно необхідності силового застосування. З іншого боку ряд факторів дозволяє припустити, що не було жодної необхідності застосовувати силу для виконання рішення про примусову госпіталізацію першого заявника…». [41]

Європейський суд зазначив також, що неясно, чи сумлінно діяли працівники міліції, враховуючи інформацію про небезпеку заявника та якою мірою вони мали дотримуватися наказу психіатра та те, що у контексті даної ситуації їх реакція на вимоги Федорова пояснити правомірність наказу про госпіталізацію у вигляді застосування сили, була відверто непомірною й тому мало місце принижуюче поводження.

Також Європейський суд зазначив, що «навіть у випадках стосовно законного застосування сили до подолання опору державні службовці несуть відповідальність за розумне планування своїх дій, щоб довести до мінімуму можливі тілесні ушкодження… У цьому випадку Суд бере до уваги, що і психіатри, і працівники міліції, які брали участь в інциденті, мали достатньо часу, щоб спланувати свої дії заздалегідь, у тому числі підготуватися до можливих насильницьких дій та опору з боку першого заявника, який нібито потребував стаціонарного лікування у зв'язку з його агресивною та неадекватною поведінкою. Працівники міліції знаходились у більш вигідному становищі у плані контролю над ситуацією».[42]Тому Європейський суд дійшов висновку, що незалежно від того, чи отримав Федоров тілесні ушкодження через удари

[41] Федоров та Федорова проти України, рішення від 7 липня 2011 року № 39229/03, §62, 63.

[42] Федоров та Федорова проти України, рішення від 7 липня 2011 року № 39229/03,§65.

об різні предмети, чи вони були спричинені працівниками міліції, Уряд не зміг довести, що застосування сили було доречним у даних обставинах.

У справі Федоров і Федорова проти України Європейській суд також визнав порушення статті 8 Європейської конвенції, яка передбачає право на приватне життя.

У своїй практиці Європейський суд завжди зазначав, що поняття приватного життя включає фізичну та психологічну цілісність людини і що психічне здоров'я є важливою частиною приватного життя.

У справі Федоров і Федорова проти України Європейський суд вважав, що огляд Федорова психіатром державної лікарні та постановка діагнозу «хронічний маячний розлад» було втручанням у його приватне життя.

Уряд України, вказуючи на законність такого втручання, послався на статтю 11 Закону України «Про психіатричну допомогу» як на юридичне обґрунтування такого вручання та на листи мешканців села, у тому числі пані Л., які писали, що він страждає психічним захворюванням, переслідує родину однієї з мешканок села, погрожував їм та конфліктував з іншими мешканцями, робив дивні вчинки. У законі «Про психіатричну допомогу» вказано, що для проведення огляду психіатром необхідні згода чи запитання самої особи чи його представника, рішення суду чи невідкладна необхідність у випадках, коли людина являє собою небезпеку для себе чи оточуючих.

Європейський суд вказав на відсутність вказаних обґрунтувань у рішенні апеляційного суду Полтавської області, який визнав законність огляду. Також він з'ясував, що «ні у відповідному рішенні суду, ні у матеріалах справи, ні в зауваженнях Уряду не було відомостей про запит чи згоду першого заявника на огляд чи рішення суду по цьому приводу. Також у матеріалах справи були відсутні підтвердження «невідкладної необхідності». Більше того, у листі пані Л. описувалась дев'ятирічна модель поведінки Федорова, а випадок фізичного насильства, який був єдиний, мав місце за рік до того, як вона написала цього листа. За таких обставин Уряд ніяк не зміг підтвердити, чому саме на цей час за всі ці дев'ять років була «невідкладна необхідність», яка би дозволили зробити огляд заявника без його згоди. У зв'язку з відсутністю можливості встановити правове обґрунтування до психіатричного огляду заявника Європейський суд вважав, що огляд не був проведений відповідно до закону.

Європейський суд також зазначив у своєму рішенні, що національні суди ніяк не відреагували на аргументи Федорова, що сама форма огляду не

відповідала медичним рекомендаціям. Відсутність аналізу процесуальних недоліків психіатричного огляду, що мало важливе значення для справи та відсутність правдоподібних пояснень стосовно відповідності цього процесу діючому законодавству стало аргументом до висновку Європейського суду, що постановка діагнозу не відповідала закону, хоча це мало важливе значення для вказаної справи. Тому Європейський суд визнав порушення статті 8 Європейської конвенції стосовно огляду Федорова 14 червня 2001 року та постановки діагнозу.

Факт визнання порушень Європейської конвенції у визначених вище справах проти України говорить про необхідність змін як у діючому законодавстві, особливо процесуальному, так і у практиці судових и правоохоронних органів. У результаті прийнятих Європейським судом рішень люди, які постраждали від порушень, отримали компенсацію за матеріальні збитки та моральну шкоду. Але ці рішення не змінили, на жаль, існуючу практику у сферах, що розглядались у цих рішеннях. Згідно з Законом України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» за рішеннями Європейського суду вживаються як міри індивідуального характеру, що спрямовані на відшкодування та встановлення попереднього юридичного стану заявника, так і заходи загального характеру. Згідно зі статтею 13 вказаного закону заходи загального характеру вживаються з метою забезпечення додержання державою положень Конвенції, порушення яких встановлене Рішенням, забезпечення усунення недоліків системного характеру, які лежать в основі виявленого Судом порушення, а також усунення підстави для надходження до Суду заяв проти України, спричинених проблемою, що вже була предметом розгляду в Суді. Такі заходи включають: а) внесення змін до чинного законодавства та практики його застосування; б) внесення змін до адміністративної практики; в) забезпечення юридичної експертизи законопроектів; г) забезпечення професійної підготовки з питань вивчення Конвенції та практики Суду прокурорів, адвокатів, працівників правоохоронних органів, працівників імміграційних служб, інших категорій працівників, професійна діяльність яких пов'язана із правозастосуванням, а також із триманням людей в умовах позбавлення свободи…».

На жаль, на теперішній час цей закон, як і рішення Європейського суду, виконується лише у частині грошової компенсації, хоча головною метою цих рішень є зміна ситуації у країні та попередження порушень у наступному. Також за останні роки до Європейського суду відправлено багато заяв, по яких

можуть бути прийняті аналогічні рішення. Тому Україні необхідно робити серйозні кроки, щоб ці рішення проти України, кількість яких збільшується за останні роки та які вказують, як, наприклад, у випадках ненадання медичної допомоги у пенітенціарних закладах, на систематичність проблеми, не виконувалися взагалі та ці, вже обговорені, питання щодо України у наступному не підносилися Європейським судом.

Рекомендації

1. Для забезпечення повноцінного виконання рішень Європейського суду проводити розслідування фактів, які були причиною встановлених у цих рішеннях порушень Європейської конвенції.
2. Розробити систему відповідальності осіб, дії яких привели до порушень, встановлених Європейським судом, у тому числі фінансової відповідальності для стягнення у регресному порядку присудженої рішеннями Європейського суду моральної та матеріальної шкоди.
3. Змінити підпорядкування медичних працівників у закладах пенітенціарної служби до Міністерства охорони здоров'я України.
4. Державної пенітенціарної службі розробити інструкцію щодо надання медичної допомоги та госпіталізації осіб, які утримуються у слідчих ізоляторах.
5. Забезпечити належний медичний огляд осіб, взятих під варту, на час надходження до ізоляторів тимчасового утримання, слідчих ізоляторів та виправних колонії, включаючи повне обстеження на інфекційні захворювання та, за заявою самої особи, на ВІЛ.
6. Забезпечити контроль за належною реєстрацією скарг ув'язнених на стан здоров'я у медичних документах.
7. Забезпечити ефективний та всебічний розгляд скарг ув'язнених на відсутність медичної допомоги та умови утримання прокуратурою та керівництвом державної пенітенціарної служби.
8. Встановити практику своєчасного доступу до осіб, які утримуються у слідчих ізоляторах, виправних колоніях та медичних закладах пенітенціарної служби, незалежних лікарів, за заявою ув'язнених та їх представників.

9. Державної пенітенціарної службі та Міністерству охорони здоров'я налагодити систему співпраці з ВІЛ-центрами для вчасного обстеження та належного лікування ув'язнених, які хворі на ВІЛ.
10. Переглянути наказ ДДУВП № 6 ДСК 2000 щодо застосування наручників до ув'язнених, які знаходяться на стаціонарному лікуванні у закладах МОЗ, враховуючи висновки Європейського суду у справі Охрименко проти України.
11. Забезпечити призначення гігієнічного і фізичного режиму хворим ув'язненим з урахуванням вимог протоколів Міністерства охорони здоров'я, а також необхідного дієтичного харчування за нормами, встановленими інструкціями державної пенітенціарної служби та Міністерства охорони здоров'я.

ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

Розділ 4

Права людей, що живуть з ВІЛ/СНІД[43]

Сьогодні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні характеризується зростанням показників захворюваності та смертності від СНІД, активізацією статевого шляху передачі ВІЛ, залученням в епідемічний процес жінок репродуктивного віку. Станом на 01.07.2011 р. під диспансерним наглядом у закладах охорони здоров'я Україні перебуває 115 275 ВІЛ-інфікованих осіб, із них 16 764 осіб із діагнозом СНІД. За весь період епідеміологічного спостереження від захворювань, зумовлених СНІД, померло 22 607 людей. Україна залишається у категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, що зосереджена серед окремих груп населення високого ризику інфікування ВІЛ, зокрема СІН[44]. Впровадження комплексу профілактичних заходів серед СІН дало змогу стабілізувати ситуацію у цій групі. До інших груп високого ризику належать жінки комерційного сексу (ЖКС), чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), засуджені та особи, які перебувають під слідством.

Основним шляхом передачі ВІЛ у країні, з 1995 до 2007 року включно, був штучний парентеральний (переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом). Вперше у 2008 році відбулася зміна шляхів передачі — частка статевого шляху передачі стала вище парентерального. У 2009–2010 роках продовжувалося збільшення питомої ваги осіб, які були інфіковані ВІЛ статевим шляхом, та зменшення питомої ваги парентерального шляху передачі.

Подальше розширення масштабів профілактичних заходів серед осіб з уразливих, щодо інфікування ВІЛ, груп населення — життєво необхідний крок у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції.

---

[43] Розділ підготовлено Андрієм Роханським, Віталієм Кучинським, ІПДіС.

[44] http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/library/statistics/index.htm

Конституція України гарантує всім громадянам України право на належну медичну допомогу, яке поділяється на право мати доступ до такої допомоги та право отримувати адекватну медичну допомогу. На міжнародному рівні Україна декларує себе як держава, складова політики якої спрямована на лікування, догляд та підтримку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, включаючи споживачів ін'єкційних наркотиків, надання їм правової допомоги, розширення доступу споживачів ін'єкційних наркотиків, передусім ВІЛ-інфікованих, до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм шляхом об'єднання зусиль органів державної влади та громадськості. Такі наміри з боку держави передбачені Загальнодержавною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, затвердженою Законом України № 1026 від 19 лютого 2009 року[45].

Наведемо перелік ключових міжнародних документів, до яких приєдналася Україна або визнала їх як рекомендації для користування у власному правовому полі:

Європейська конвенція з прав людини (Конвенція із захисту прав та основних свобод людини, прийнята членами Ради Європи 4 листопада 1950 року);

Конвенція про права дитини (ухвалена Генеральною асамблеєю ООН 20 листопада 1989 року, набула чинності для України з 27 вересня 1991 року);

Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІД (прийнята Резолюцією S-26/2 спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН від 27 червня 2001 року), яка визначає, що:

— дотримання прав людини та основних свобод має вкрай важливе значення для зниження можливості зараження ВІЛ/СНІД;
— догляд, підтримка та лікування є основоположними елементами ефективних заходів реагування;
— уразливим з точки зору ВІЛ/СНІД групам доцільно приділяти окрему пріоритетну увагу.

Резолюція Підкомісії ООН щодо попередження дискримінації та захисту меншин (№ 1995/21 від 25 серпня 1995 року), у якій наголошується, що дискримінація на основі позитивного ВІЛ-статусу чи захворювання на СНІД (як фактичного, так і підозрюваного) заборонена чинними міжнародними стандартами в сфері прав людини;

[45] Питання сучасної наркополітики України: права людини та доступ до лікування / Одеська правозахисна група «Верітас». — Харків: Права людини, 2011 р. — 94 с.

Резолюція Комісії ООН з прав людини «Про захист прав людини в контексті вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) та синдрому набутого імунодефіциту (СНІД)» 1999 року (№ 1999/49) закликає усі держави, міжнародні та недержавні організації застосовувати необхідні заходи з метою забезпечення поваги, захисту та реалізації прав людини у зв'язку з ВІЛ/СНІД;

Концепція системи ООН «Профілактика поширення ВІЛ-інфекції серед людей, які зловживають наркотиками», яка представляє позицію ООН стосовно політичних і стратегічних питань профілактики ВІЛ серед людей, які зловживають наркотиками, а також програмні принципи, на котрих будується політика ООН щодо цієї проблеми.

За даними різних досліджень, найчастіше у сфері охорони здоров'я спостерігались такі порушення прав людей, які живуть із ВІЛ:

— розголошення діагнозу (порушення конфіденційності);
— відмова у лікуванні, особливо у хірургічному втручанні;
— «таврування» з боку медичного персоналу, в тому числі через надмірні засоби особистого захисту, негативне ставлення;
— надання послуг неналежної якості або відсутність таких послуг;
— стягування оплати за медичні послуги;
— відмова в ДКТ;
— примусове тестування на ВІЛ.[46]

Результати всеукраїнського дослідження «Індекс стигми ЛЖВ» стверджують — половина (51%) українців, хворих на ВІЛ/СНІД, стикалися з проявами дискримінації та стигматизації. Здебільшого це проявляється через плітки (30%), усні образи хворого (18%) та психологічний тиск з боку подружжя/партнера (12%).

Кожен четвертий хворий (25%) зазначив, що його ВІЛ-статус цілком або частково був причиною обмежень у доступі хоча б до однієї з послуг у соціальній або медичній сферах (надання медичної допомоги, послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, проблеми з житлом, перешкоди у навчанні). Частіше за інших це були відмови у наданні медичного обслуговування (20%). «На жаль, у нашому суспільстві досі існує багато міфів щодо ВІЛ/СНІД, які спричиняють нерозуміння ситуації, дискримі-

[46] Дешко Т. та ін. Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ в Україні // Соціальна політика і соціальна робота. — 2005. — № 1; Риторика та ризик. Порушення прав людини перешкоджає боротьбі України з ВІЛ/СНІДом /Human Rights Watch. — 2006. — 92 с.

наційні дії та порушення прав людей, інфікованих ВІЛ, — говорить Оксана Брижовата, керівник «Відділу інноваційних програм» ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ». — Страждають від цього в першу чергу люди, які найбільше потребують підтримки та допомоги. Порушуються навіть їх базові права, закріплені Конституцією України, як то право на роботу, житло, медичний догляд чи соціальне обслуговування»[47].

5 січня 2011 року набув чинності Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення», який став величезним кроком вперед у зупиненні епідемії СНІД в Україні.

«Цей закон став проривом не лише у законодавстві України, що регулює сферу протидії ВІЛ/СНІД, але й у сфері захисту прав людини та розвитку демократії в Україні, — говорить Володимир Жовтяк, Голова Координаційної ради ВБО «Всеукраїнської мережі ЛЖВ». — Саме завдяки консолідації зусиль ВІЛ-сервісних організацій ми маємо прецедент в Україні, коли громадські організації, у плідній співпраці з Верховною Радою, Адміністрацією Президента, UNAIDS та регіональною місією USAID в Україні, зробили свій внесок у державну політику. Цей закон змінює пострадянські репресивні підходи до боротьби з інфекційними хворобами та допоможе боротися з хворобою, а не з хворими людьми, що є основою громадянського суспільства»[48].

У рамках нового закону важливим кроком назустріч міжнародній спільноті є відміна обов'язкової довідки на ВІЛ/СНІД, яку мали надавати іноземці для отримання української візи. Ця норма давно вважається дискримінаційною в усьому світі і відсутня майже в усіх цивілізованих країнах світу. Подолання її Україною є значним кроком вперед у сфері захисту прав людини та зниження дискримінації до людей, хворих на ВІЛ/СНІД.

Новий Закон дозволяє лікарям інформувати партнерів ВІЛ-інфікованих осіб про те, що вони піддавалися ризику зараження. «Ця норма є дуже важливою для зменшення інфікування ВІЛ, — говорить Ірина Варшик, юрист «Всеукраїнської мережі ЛЖВ», та одна із авторів Закону. — Вона дозволить лікарям, не розголошуючи інформацію про хворобу пацієнта, попереджати його партнера про можливість зараження. Тобто насправді лікар проситиме людину здати тест на ВІЛ, оскільки «на його думку» він міг інфікуватися.

[47] http://network.org.ua/media/news/

[48] http://network.org.ua/media/news/page-2124/

Але в той же час лікар не матиме права напряму вказувати, від кого міг заразитися пацієнт».

Причому партнером ВІЛ-інфікованої особи вважається не лише статевий партнер, але і людина, що вживала з іншою ін'єкційні наркотики чи психотропні речовини. Мова йде про випадки, коли ВІЛ-інфікована особа не використовує презерватив або окремий шприц для запобігання подальшому поширенню ВІЛ-інфекції.

Забезпечення конфіденційності ВІЛ-інфікованої людини є ще одним суттєвим доповненням нового Закону. Якщо раніше інформацію про позитивний ВІЛ-статус пацієнта можна було передавати іншим медичним працівникам, і навіть медсестри знали про те, хто інфікований, а хто ні, то відтепер це можна зробити лише за письмової згоди самої особи та в межах трудових обов'язків (при передачі пацієнта іншому лікарю). «Особливо це нововведення важливо для захисту людей у невеликих містах, — стверджує Володимир Жовтяк, Голова Координаційної ради ВБО «Всеукраїнської мережі ЛЖВ», — де розголошення такої інформації, навіть у медичному оточуванні, призводило до її витоку за межі медичного закладу і миттєвому розповсюдженню по всьому містечку чи селу. Як результат — повна втрата нормального життя ВІЛ-інфікованою особою, адже її фактично намагаються ізолювати від суспільства, хоча науково доведено, що ВІЛ не передається побутовим шляхом»[49].

Також принципово новим по суті є включення замісної підтримувальної терапії до заходів, що підпадають під гарантії держави. Згідно із статтею 4 Закону у новій редакції, державою гарантується запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (далі — СІН) за допомогою програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди у тому числі використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність); реалізація послідовної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (до яких у першу чергу належать СІН), та людей, які живуть з ВІЛ.

Під державні гарантії, за новою редакцією, підпадають інформаційна та реабілітаційна робота серед СІН, у тому числі із залученням представників громадських, благодійних та релігійних організацій, з метою протидії поширенню ВІЛ-інфекції.

---

[49] «Вперше неурядові організації пролобіювали Закон, спрямований на захист прав ВІЛ-інфікованих людей». 19/01/2011. http://network.org.ua

1. Право на доступ до контрольованих лікарських засобів для клієнтів ЗПТ

Доступ до контрольованих лікарських засобів, які використовуються у програмах замісної підтримувальної терапії (далі — ЗПТ), також життєво важливий для лікування людей, залежних від опіатів, та для профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (далі — СІН).

У 2011 році відбулися позитивні зміни щодо офіційного ставлення з боку України до програм ЗПТ. Це відобразилось включенням ЗПТ до заходів, що підпадають під гарантії держави. Згідно статті 4 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення»[50], Україною гарантується запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед СІН за допомогою програм реабілітації та програм зменшення шкоди, в тому числі використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність.

Держава Україна планує до 2013 року забезпечити доступ до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм не менш як 20 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків[51].

Станом на 01.11.2011 року замісну підтримувальну терапію в Україні впроваджено на базі 134 закладів охорони здоров'я України для 6517 наркозалежних (метадон отримують 5 713 осіб, бупренорфін — 792 відповідно). Продовження замісної підтримувальної терапії буде відбуватися на виконання наказу МОЗ України від 23.11.2010 № 1036 для 8 754 пацієнтів замісної підтримувальної терапії[52].

З іншого боку, за офіційними джерелами, у 2010 році в Україні розлади психіки та поведінки через уживання опіоїдів зареєстровані у 56 973 осіб[53]. Якщо враховувати рекомендації ВООЗ/ЮНЕЙДС/Управління ООН з наркотиків та злочинності, за якими для забезпечення припинення поширення ВІЛ-інфекції серед СІН рекомендовано 25% охоплення програмою ЗПТ хворих на опіоїдну залежність, у цьому випадку потрібно збільшити кількість клієнтів ЗПТ до 14 243 осіб.

---

[50] Від 23.12.2010 № 2861

[51] Закон України від 19 лютого 2009 року № 1026 «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»

[52] Лист МОЗ № 22.01/06-2033 від 19.12.2011 року.

[53] Ib.

Виходячи з наявного темпу приросту клієнтів ЗПТ та з того факту, що офіційні дані не відображають дійсну поширеність опіоїдної залежності, можна зробити висновок, що Україною вжито недостатньо заходів щодо профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції серед СІН.

Викликає занепокоєність й нерівномірність розподілу квот на ЗПТ між областей України. Наприклад, у Харківській області зареєстровано 1 163 осіб СІН — передбачається тільки 50 пацієнтів ЗПТ, у Волинської області зареєстровано 1 458 СІН — передбачається 180 пацієнтів ЗПТ, в Одеській області зареєстровано 5 495 СІН — передбачається 314 пацієнтів ЗПТ[54]. До громадських організацій, які займаються адвокацією прав СІН, надходять звернення від потенційних клієнтів ЗПТ з різних регіонів України, які не можуть потрапити до програми через відсутність квот на їх лікування.

Історія С., мешканки м. Полтава

С. вживає ін'єкційні наркотичні препарати з 1989 року. З 1995 р. стоїть на обліку в наркологічному диспансері. Зараз незаміжня, ніде не працює, має 5 судимостей (всі за незаконне придбання, зберігання та перевезення наркотиків). Каже, що 25 разів намагалася кинути вживати наркотики, багато разів лежала у лікарні, але без довготривалого результату. У 2010 році проходила програму «12 кроків», після якої півроку не вживала наркотиків. Але після чергової сутички з міліцією знов «зірвалася» і зараз всі надії на нормальне життя пов'язує тільки з замісною терапією. Дізнавшись про цю програму, у вересні 2010 року С. прийшла до наркологічного диспансеру, де отримала направлення на отримання замісної терапії. Але, звернувшись на сайт ЗТ, С. дізналася, що існує велика черга тих, хто, як і вона сама, потребує такого лікування. Оскільки ніяких ускладнюючих факторів (ВІЧ, туберкульоз, гепатит С) вона не мала, жінка стала 70 номером у загальній черзі. Минув рік, але С. все ще не є членом програми ЗТ. Проте, зробивши нові аналізи, вона дізналася, що вже має зараження на гепатит С. Тобто, за той час, коли жінка чекала своєї черги, вона придбала тяжке захворювання, якого можна було б уникнути, якби вона вчасно стала на лікування.

Дуже позитивний крок з боку України — встановлення обов'язковості забезпечення безперервності ЗПТ для пацієнтів у разі їх госпіталізації (планової чи екстреної) до стаціонарів (загального профілю або спеціалізованих)[55].

---

[54] Ib.

[55] Наказ МОЗ від 29.12.2009 р. № 1054 та наказ МОЗ України від 23.11.2010 № 1036.

Але наприкінці 2011 року, за інформацією, яка надходила до правозахисних організацій, накази Головних управлінь охорони здоров'я, обласних державних адміністрацій про забезпечення безперервності ЗПТ видані тільки у п'яти областях України: Харківської, Сумської, Івано-Франківської, Донецької та Кіровоградської. Безперервність — це дуже важливий чинник успішності впровадження програм ЗПТ. Кожний потенційний клієнт ЗПТ має знати, що у разі його госпіталізації до лікувальних закладів йому буде забезпечено доступ до препаратів ЗПТ та він не буде страждати без необхідних ліків. Тому громадські організації висловлюють занепокоєння повільністю організації безперервності надання ЗПТ у областях України.

Станом на початок 2012 року, в Україні ЗПТ здійснюється застосуванням препаратів метадон та бупренорфін. Згідно чинного законодавства України, є можливість виписувати ці препарати за рецептом[56]. Це дуже важливо для поширення програм ЗПТ. Відсутність можливості отримати метадон та бупренорфін за рецептом порушує право СІН на доступ до контрольованих лікарських засобів та обмежує застосування програм ЗПТ. До правозахисних організацій надходять скарги із різних регіонів України від потенційних клієнтів ЗПТ, які не мають можливості відвідувати сайти ЗПТ кожну добу, тому що проживають на далекої відстані або робочий графік не дозволяє їм цього робити.

2. Перешкоджання учасникам програм ЗПТ в отриманні лікування

У зв'язку з тим, що норми законодавства, якими регламентоване впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні, носять здебільшого декларативний характер, безсуперечне виконання їх майже унеможливлене відсутністю чітких механізмів реалізації та суперечностями норм чинного законодавства. Фактично замість виконання заходів, передбачених базовими принципами профілактики ВІЛ-інфекції/ СНІД стосовно споживачів ін'єкційних наркотиків, сформульованих ВООЗ, діяльність органів державної влади спрямована на криміналізацію цієї категорії осіб, ізоляцію їх від суспільства та системне порушення їхніх прав. Така діяльність держави не тільки не запобігає поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД, а навпаки, сприяє[57].

---

[56] Наказ МОЗ № 360 від 19.07.2005 року.

[57] Питання сучасної наркополітики України: права людини та доступ до лікування / Одеська правозахисна група «Верітас». — Харків: Права людини, 2011 р. — 94 с.

3. Незаконні затримання учасників ЗПТ, в результаті яких порушується режим лікування

Актуальною проблемою залишається незаконне затримання наркозалежних пацієнтів програм ЗПТ, у тому числі безпосередньо на території лікувально-профілактичних закладів, обшуки та перевірка їх на причетність до незаконного обігу наркотиків без необхідних на те підстав. Співробітники міліції практикують систематичне чергування біля закладів охорони здоров'я, де надається ЗПТ, з метою безпідставних затримань пацієнтів, внаслідок чого створюють некомфортні умови лікування та порушують його режим[58].

4. Перешкоджання роботі програми замісної терапії шляхом незаконного втручання у роботу медичних закладів

Перешкоджання роботі програми замісної терапії з боку співробітників міліції здійснюється за декількома напрямками. Це неправомірне проведення перевірок закладів охорони здоров'я, в яких впроваджуються програми ЗПТ, незаконне вилучення медичної документації, у тому числі списків пацієнтів, створення психологічного тиску на медичних працівників тощо.

Досить часто лунають публічні заяви керівників регіональних підрозділів та центрального апарату МВС України щодо недоцільності впровадження програм ЗПТ в Україні, їх суспільну шкоду для здоров'я населення. Мають місце випадки поширення неправдивої інформації, приниження лікарів програми замісної терапії посадовими особами державних органів, у тому числі через засоби масової інформації, що ставить під загрозу нормальну та безперервну реалізацію цієї програми по зменшенню шкоди від вживання ін'єкційних наркотиків.

«Лікарі заявляють про втручання правоохоронних органів в реалізацію програм замісної терапії для наркозалежних» — про це йшла мова на прес-конференції в УНІАН[59]. Виконавчий директор Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» Андрій Клепіков зазначив, що за останній час зріс тиск з боку міліції на реалізацію медичних програм

---

[58] Питання сучасної наркополітики України: права людини та доступ до лікування / Одеська правозахисна група «Верітас». — Харків: Права людини, 2011 р. — 94 с.

[59] «Справи лікарів: кримінальне переслідування медиків та їхніх пацієнтів» http://press.unian.net/rus/pressnews-107963.html

замісної підтримуючої терапії. «Фактично мова йде про систематичне втручання з боку правоохоронних органів в реалізацію конкретних медичних програм, скрізь по всій Україні … і це не поодинокі випадки, спостерігається системний підхід», — зазначив А. Клепіков. «Раніше ми спостерігали тиск з боку наркомафії, бо саме вона страждає, в першу чергу, від того, що споживачі ін'єкційних наркотиків виходять із нелегального вживання наркотиків і стають пацієнтами медичної системи. Чомусь з недавнього часу дуже відкритим і системним опонентом замісної терапії стала наша правоохоронна система», — додав він. Зокрема, за його словами, з боку правоохоронних органів відбуваються необґрунтовані арешти лікарів-наркологів та затримання сотень пацієнтів у багатьох регіонах України. При цьому А. Клепіков зазначив, що затримання лікарів відбувається за фактично сумлінне виконання ними обов'язків — за видачу медичних препаратів наркозалежним, які їм призначені.

5. Справа лікаря Подоляна

Одним з найбільш показових випадків втручань правоохоронних органів у роботу програм ЗПТ була кримінально справа відносно лікаря-нарколога програми замісної підтримувальної терапії з Одеси Іллі Костянтиновича Подоляна. Лікар був затриманий 12 березня 2010 року за необґрунтованим звинуваченням у збуті наркотиків пацієнтам програми ЗПТ. Через 2 дні його було звільнено і 28 травня 2010 року знову заарештовано на підставі аналогічних необґрунтованих звинувачень. 25 вересня 2010, після 120 днів утримання під вартою, Ілля Подолян був звільнений під підписку про невиїзд рішенням Апеляційного суду Одеської області. Влітку 2010 року на захист лікаря Подоляна виступили вітчизняні неурядові, всеукраїнські та авторитетні міжнародні організації. Були направлені відповідні звернення та петиції на адресу Генеральної прокуратури України та вищого керівництва країни.

На початку 2011 року після тривалої медичної реабілітації та лікування хронічних захворювань, що загострилися в умовах СІЗО, лікар Подолян повернувся до роботи в якості лікаря-нарколога в Одеський обласний наркологічний диспансер.

29 червня 2011р. Київським районним судом міста Одеси лікар-нарколог програми замісної підтримувальної терапії в Одеському обласному наркологічному диспансері Подолян Ілля Костянтинович визнаний невинним у всіх

інкримінованих йому 44 фактах тяжких злочинів (збут наркотиків пацієнтам ЗПТ) з причини відсутності в його діях складу злочину. Суд визнав доводи звинувачення в цій частині безпідставними і виправдав лікаря.

Напередодні винесення вердикту суду прокуратура, підтримуючи державне обвинувачення, наполягала на винності лікаря в збуті наркотиків і вимагала призначення покарання у вигляді 5 років позбавлення волі. Тому за два дні до набрання законної сили рішення суду прокурор подав на нього апеляцію, тобто попереду Подоляна чекав ще нелегкий процес в Апеляційному суді.

8 листопада 2011 року Апеляційний суд Одеської області остаточно підтвердив законність рішення Київського районного суду м. Одеси від 29.06.2011, який визнав, що лікар Подолян не збував препарати ЗПТ 44-ом своїм пацієнтам, а призначав лікування в рамках чинного законодавства.

6. Проблема розголошення медичної інформації про статус наркозалежних

Ця проблема в Україні є досить актуальною. Має місце неправомірна практика примушення до передачі лікарями до органів міліції медичної інформації про наркозалежних, які проходять у них лікування. Останнім часом посилилися спроби центральних державних органів отримати конфіденційну, у тому числі і медичну, інформацію про осіб з наркотичною залежністю, можливо, з метою створення всеукраїнських баз даних щодо осіб з наркотичною залежністю.

Такі дії з боку МВС загалом перешкоджають виконанню Україною низки зобов'язань, які вона взяла на себе на міжнародному рівні щодо зміни ситуації з поширенням інфекційних хвороб серед споживачів ін'єкційних наркотиків, та Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, затвердженої Законом України від 19.02.2009 року № 1026, за напрямком «Розширення сфери застосування методу замісної підтримувальної терапії» (п. 2 Розділ III Плану заходів).

Перешкоджання роботі програми замісної терапії шляхом незаконного втручання у роботу медичних закладів — наслідок недолугої наркополітики держави, яка тривалий час ґрунтується не на послідовних заходах належної боротьби із наркозлочинністю, а фактично на переслідуванні наркозалежних, які самі є жертвою та наслідком цієї злочинності. Така наркополітика

провадить подальшу криміналізацію наркозалежних верств населення, одним з наслідків якої виступає неможливість ефективної протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД.

18 січня 2011 року Департамент боротьби з незаконним обігом наркотиків Міністерства внутрішніх справ України видав наказ стосовно збору персональних даних пацієнтів — учасників програм замісної підтримувальної терапії, у всіх регіонах України. З того часу органи міліції переслідують пацієнтів у лікарнях та вдома. Міліція також створює перешкоди у доступі до послуг, включаючи надання необхідних ліків, у разі відмови пацієнтів надавати конфіденційну інформацію, включаючи їх ВІЛ-статус та наявність судимостей[60].

Неурядові організації, що працюють у сфері попередження та лікування ВІЛ, також отримали запити про надання проектної документації, зокрема матеріалів, що необхідні для забезпечення фінансування міжнародними організаціями, що фактично паралізувало важливі програми з попередження ВІЛ та підтримки наркозалежних осіб. Керівники Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні та Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, були викликані на бесіди до прокуратури у зв'язку з діяльністю організацій у сфері замісної підтримувальної терапії та профілактики ВІЛ.

Жорстка політика, що виглядає частиною тривалої кампанії, спрямованої на наркозалежних людей, та людей, які працюють з ними, ще більше загострилася у 2010 році. У містах по всій країні міліція здійснює рейди до наркологічних лікарень; допитує, фотографує та знімає відбитки пальців у пацієнтів; вилучає медичну документацію та ліки; бере під варту медичний персонал. Як виявилося, більшість перевірок були проведені без належних підстав та всупереч українському законодавству щодо здійснення правоохоронних заходів. Ці заходи призвели до зриву лікувального процесу, а двом лікарям пред'явлені звинувачення у незаконній торгівлі наркотиками — кримінальних злочинах, що караються тюремним ув'язненням до 10 років.

Організація Human Rights Watch провела глибинне дослідження ситуації з ВІЛ/СНІД та вживанням ін'єкційних наркотиків в усьому світі, у тому числі в Україні. Їх дослідження послідовно задокументували зв'язок між жорсткою політикою, наявними процедурами реалізації правоохоронних заходів та підвищеним ризиком поширення ВІЛ/СНІД. Представники організації дійшли висновку, що в Україні, як і в багатьох інших країнах, присутність міліції у місцях або поблизу знаходження програм зменшення шкоди стримує людей, які

[60] Лист Human Rights Watch Президенту України Януковичу В.Ф. від 08 лютого, 2011 р.

вживають наркотики, від користування цими послугами через побоювання арешту або іншого покарання, що, в свою чергу, значно збільшує ризик поширення ВІЛ та інших негативних наслідків для здоров'я.

Наркотична залежність від опіоїдів є основним джерелом епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. Було доведено, що замісна терапія зменшує рівень використання нелегальних наркотиків, так само як і кримінальну активність, смертність від передозування, та ризиковану поведінку, пов'язану зі спільним використанням шприців, а також покращує прихильність до антиретровірусного лікування ВІЛ–позитивних наркозалежних . Всесвітня організація охорони здоров'я, Офіс з наркотиків та злочинності Організації Об'єднаних Націй та Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД (UNAIDS) рекомендували застосування замісної терапії, зокрема бупренорфіном або метадоном, як невід'ємну частину стратегії попередження та лікування ВІЛ, та підтримки наркозалежних людей.

Міліцейські переслідування та жорстоке поводження з людьми, які вживають наркотики, так само як із працівниками програм допомоги, порушують фундаментальні права людини на захист від жорстокого, нелюдського та такого, що принижує гідність, поводження. Втручання держави у надання інформації та послуг, що стосуються ВІЛ, включно з наданням доступної на законних підставах замісної терапії, порушує право на доступ до інформації та послуг у сфері охорони здоров'я[61].

7. Відсутність доступу до програми ЗПТ у випадку тимчасового позбавлення волі клієнтів ЗПТ[62]

Вітчизняні експерти серед інших основних перешкод в реалізації програм замісної терапії в Україні виділяють недоступність ЗПТ при тимчасовому затриманні та в місцях позбавлення волі. Позбавлені можливості продовжувати участь в цих програмах наркозалежні громадяни, які знаходяться в місцях несвободи, фактично залишаються наодинці з проблемами, що виникають зі станом їх здоров'я. Надання медичної допомоги таким особам медичними працівниками «швидкої» допомоги виявляються малоефективними.

Протягом останніх років громадські організації неодноразово ініціювали видання спільного наказу МОЗ, ДДУВП та МВС України щодо затверд-

[61] Ib.

[62] Питання сучасної наркополітики України: права людини та доступ до лікування / Одеська правозахисна група «Верітас». — Харків: Права людини, 2011 р. — 94 с.

ження порядку взаємодії територіальних органів внутрішніх справ, органів і установ виконання покарань, закладів охорони здоров'я щодо ведення особи, яка отримує замісну підтримуючу терапію. Найбільшим противником цієї ініціативи завжди було МВС, яке вперто доводило, що впровадження ЗПТ в ІТТ неможливо. З цього приводу мала місце письмова аргументація навіть на ім'я Президента України.

Для внесення змін до відомчих нормативно-правових актів, спрямованих на розширення ЗПТ та забезпечення здійснення належного контролю за обігом лікарських (наркотичних) засобів, які застосовуються для ЗПТ, Прем'єр-міністр України ще у лютому 2011 року доручив Міністерству охорони здоров'я створити міжвідомчу робочу групу з залученням представників громадських організацій.

Але станом на сьогоднішній день механізм надання замісної терапії людям, що перебувають під вартою, не розроблений, немає відповідного підзаконного акту. В спільній інструкції зацікавлених відомств (МОЗ, МВС, Департаменту з виконання покарань) не передбачено додаткового фінансування служб, які могли б охороняти заарештованих в наркології, відсутній відповідний медичний персонал і не розроблена процедура отримання даними установами ліцензії на наркотичні речовини. У результаті люди, після їх взяття під варту, відчувають важкі фізичні і психологічні страждання через неможливість продовження лікування.

Відсутність можливості продовжувати участь в програмі замісної підтримувальної терапії та наявність можливості придбання ін'єкційних наркотиків у місцях позбавлення волі фактично нівелює результати раніше проведеного лікування.

8. Перешкоджання програмі обміну шприців з боку державних органів

У 2011 році під загрозою програма обміну шприців — проблема, що погрожує підірвати зусилля держави у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, зокрема, у реалізації профілактики серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) — найбільш уразливої до інфікування груп населення.

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (Альянс Україна), як один з виконавців Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД

на 2009-2013 роки, за кошти Глобального фонду вже багато років підтримує відповідні профілактичні проекти, які до останнього часу впроваджувалися в усіх без виключення областях України з функціонуванням 1 203 пунктів обміну шприців (ПОШ), у т. ч. 301 стаціонарних та 105 мобільних, 797 ПОШ на «аут-річ» маршрутах та пунктах вторинного обміну шприців.

Вказана діяльність впроваджується відповідно до п. 8 ст. 4 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 23.12.2010 та розділу II Плану заходів вищезазначеної Загальнодержавної програми.

В рамках реалізації профілактичних програм за останні 5 років було здійснено обмін понад 20 млн. одноразових шприців, у т. ч. 4 млн. шприців у 2010 році. Завдяки цим проектам до останнього часу профілактичними послугами було охоплено понад 162 тис. СІН.

Катерина, ВІЛ-інфікована: *«Нужны такие пункты, и как можно больше. Чтобы люди могли спокойно туда прийти. Не боялись милиции, ни кого угодно».*

Проте, протягом останніх двох місяців з ініціативи органів прокуратури більшість громадських організацій, що впроваджують профілактичні проекти серед СІН з компонентом обміну шприців, відчули на собі штучну прискіпливу увагу з боку державних органів влади та їх структурних підрозділів, у т. ч. з боку територіальних санітарно-епідемічних та державної екологічної інспекцій. На керівників ряду організацій було накладено адміністративні стягнення, частина з яких вже оскаржена у судовому порядку.

Валентина Павленко, регіональний координатор Міжнародного альянсу ВІЛ/СНІД в Україні: *«В Донецкой области были проверены все 17 ВИЧ-сервисных организаций, которые выполняют программы Альянса. Мы не можем полноценно выполнять компонент программы. А именно ту часть, которая связана со сбором и утилизацией грязных шприцев».*

За наявною в Альянсі Україна інформацією, як наслідок проведених численних перевірок дотримання санітарних та екологічних норм, нібито виявлені формальні порушення з боку громадських організацій, які підтримують ПОШ. Діяльність з обміну використаних шприців на даний час вимушено при-

пинено в більшості міст Донецької, Дніпропетровської, Запорізької, Одеської, Львівської, Херсонської, Черкаської областей, Автономної Республіки Крим та в м. Севастополі.

Михайло Галівець, помічник прокурора м. Макіївка: *«Нам поступило задание прокуратуры области провести проверку. Не было отдельного помещения для хранения шприцов. Шприцы не разбирались на части».*

До цього моменту більшість з громадських організацій у цих регіонах здійснювали свою суспільно-корисну діяльність не один рік, практично без жодної фінансової підтримки з боку держави. При цьому санітарно-епідемічні та інші державні інспекції з розумінням ставилися до їх суспільно-корисної праці та не наполягали на формальному дотриманні застарілого галузевого стандарту з стерилізації та дезінфекції виробів медичного призначення, затвердженого ще у 1985 році за часів СРСР, коли в Україні ще не було зареєстровано випадків ВІЛ-інфекції, а доступність одноразових шприців в країні була вкрай обмеженою.

Цілком ймовірно, що проблема з утилізацією та знищенням медичних відходів в цілому в державі добре відома керівництву МОЗ України, як і неадекватність, та навіть небезпека дотримання застарілих санітарних норм та стандартів, які досі використовуються у лікарських закладах по відношенню до профілактичних програм обміну використаних шприців, що працюють з наркозалежними фактично в польових умовах за підтримки громадських організацій. Зокрема, про дану проблему серед іншого йшлося на засіданні колегії МОЗ з питань впровадження державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, яке відбулося 26 лютого 2010 року.

Володимир Моїсеєв, керівник обміну шприців при Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІД: *«Сейчас от нас требуют, чтобы мы всё это разобрали. Отсоединили иголочки от шприцов. Здесь, кроме ВИЧ/СПИДа, есть как минимум два-три гепатита и еще куча заболеваний»*

Альянс Україна, як і галузеві служби МОЗ та Міністерство у справах сім'ї,молоді та спорту України, протягом останніх років у своїх листах та у матеріалах офіційних нарад неодноразово звертали увагу на необхідність негайного вирішення проблеми, розробки прийнятого та безпечного для усіх суб'єктів порядку зберігання, знищення та утилізації використаних шприців.

Андрій Клепіков, виконавчий директор Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні: *«Має існувати механізм максимально безпечний для тих, хто з цим працює. Отже ми звертаємося до міністерства, перегляньте, перегляньте…»*

Не зважаючи на це, передбачене спільним наказом МОЗ та Мінсім'ї-молоді України № 3925/760 від 17.11.2006 положення про розробку порядку утилізації використаних шприців так і залишилося невиконаним, а створена у лютому 2009 року на підставі Наказу МОЗ України № 56 робоча група, яка мала надати пропозиції щодо оптимального порядку знешкодження або утилізації використаних шприців, так і залишилася лише на папері.

В результаті, гарантована наркозалежним у п. 8 ст. 4 Закону України від 23.12.2010 року можливість «створення умов для заміни використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією» фактично залишається декларацією, а мільйони потенційно небезпечних використаних шприців сьогодні залишаються на вулицях та в інших громадських місцях, через створення штучних перешкод для суспільно-корисної діяльності громадських організацій. За даними останніх квартальних програмних звітів від партнерських організацій ми вже фіксуємо зменшення кількості зданих на обмін шприців на 30 відсотків.

За даними моніторингу та щоквартальних звітів за останні 9 місяців питома вага шприців, зданих СІН на обмін в програми обміну шприців (ПОШ), у порівнянні з виданими стерильними шприцами, знизилася майже удвічі (з 28% у 3 кварталі 2010 року до 15% у 2 кварталі 2011 року):

Квартал	Кількість одноразових шприців, розданих в рамках ПОШ, шт	Кількість використаних одноразових шприців, зібраних ПОШ, шт.	Питома вага зібраних використаних шприців відносно виданих, %
3 квартал 2010 р	5 169 226	1 461 116	28%
4 квартал 2010 р	4 548 476	1 079 294	24%
1 квартал 2011 р	4 898 898	1 001 292	20%
2 квартал 2011 р	5 073 406	750 854	15%

Альянс-Україна прогнозує також подальше погіршення статистичних показників кількості зібраних у СІН використаних шприців та загострення епі-

демічної ситуації з поширенням ВІЛ-інфекції у цьому середовищі у випадку збереження чинної редакції «Таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу», затвердженої Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 634 від 29.07.2010 року[63].

9. Судова справа про визнання незаконними встановлених МОЗ України «Граничних розмірів наркотиків»

У результаті вступу в дію наприкінці жовтня 2010 року наказу МОЗ України № 634 від 29.07.2010 року рівень криміналізації споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), які вживають опій та опій ацетильований, підвищився відповідно у 5 та 20 разів, що у свою чергу негативно вплинуло на ефективність реалізації програм з профілактики ВІЛ/СНІД в Україні.

Серед підстав для подання 27 квітня 2011 року представниками МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (далі — Альянс) адміністративного позову до МОЗ України стали:

— суттєве зменшення кількості використаних шприців, що приносяться на обмін в програми обміну шприців (ПОШ), підтримуваних Альянсом в якості виконавця Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ/СНІД, в усіх регіонах України, через обґрунтоване побоювання споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) бути затриманими міліцією та притягнення до кримінальної відповідальності за зберігання навіть залишків наркотиків у використаному шприці;
— невідповідність Конституції, цілому ряду Законів України та Конвенції про захист прав людини та основних свобод, в частині порушення гарантій у доступі усім громадянам до медичних і соціальних послуг, гарантій для створення умов для обміну шприців для СІН, заборони дискримінації та довільного засудження.

Окружний адміністративний суд м. Києва у своєму рішенні від 13.09.2011 відмовив Позивачу (Альянсу) у задоволенні адміністративного позову проти МОЗ України (Відповідач) про незаконність окремих положень Наказу МОЗ № 634 від 29.07.2010. Окружний адміністративний суд м. Києва у якості суду

[63] http://www.aidsalliance.org.ua/

першої інстанції залишив без уваги абсолютну більшість аргументів Позивача, висновки міжнародних експертів, документальні підтвердження негативних наслідків дії Наказу МОЗ, що надійшли від десятків громадських організацій, які впроваджують програми зменшення шкоди в Україні, соціальних працівників та безпосередньо від наркозалежних клієнтів програм зменшення шкоди.

Альянс також надав суду документально підтверджену інформацію про те, що за 9 місяців після вступу у дію наказу МОЗ обсяг шприців, принесених на обмін до ПОШ знизився майже удвічі, в абсолютних цифрах — на 700 000 одиниць. Саме така кількість потенційно небезпечних джерел зараження залишилася у під'їздах будинків, на дитячих майданчиках та в інших громадських місцях. Зафіксована вкрай негативна тенденція триватиме за умови залишення у силі оскаржуваного наказу.

Неабиякий подив у представників громадськості викликала публічна позиція МОЗ України, представник якого спільно з представниками МВС та Генеральної прокуратури України у відкритому судовому засіданні відстоював безперечну законність наказу, незважаючи на рішення Національної Ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД при Кабінеті Міністрів України від 11 листопада 2010 року про необхідність перегляду «граничних розмірів наркотиків» та неодноразові запевнення керівників профільних служб МОЗ у необхідності перегляду відповідного нормативного акту.

Висновки ж суду першої інстанції вразили представників громадськості своїм цинізмом та нехтуванням нормами чинного національного і міжнародного права.

Зокрема, Суд у своєму рішенні стверджує, що держава не гарантує самостійного обміну наркозалежними особами шприців, оскільки вживання наркотиків без рецепту лікаря є незаконним (витяги із рішення):

> *«Держава не гарантує самостійно обміну шприців наркозалежним особам шприців…оскільки вживання наркотиків без рецепту лікаря є незаконним… тобто надання гарантій… із заміни використаних шприців надається одночасно і в сукупності з використанням замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, а не застосування такої терапії окремо, заміни шприців окремо».*

> *«Якщо такі особи не будуть звертатися до позивача, то і обміну шприців взагалі не буде. Проте звернення такої особи, яка вже порушила закон і вживає наркотичні засоби без рецепта лікаря, залежить від цієї особи, а не від встановленої граничної межі наркотичних засобів, визначених державою».*

«…обмін використаного шприца залежить виключно від волевиявлення наркозалежної особи, яка сама приймає рішення про початок лікування або позбудеться використаного шприца одразу після його використання або обміняє його на новий».

Суд першої інстанції у своєму рішенні також погодився з наступними аргументами, наданими Відповідачем:

«…викладення таблиць у новій редакції має на меті сприяти збільшенню звернень наркозалежних осіб за кваліфікованою наркологічною допомогою, оскільки збільшення граничної межі притягнення до кримінальної відповідальності має стимулювати до добровільного звернення до лікувального закладу і початку лікування від наркоманії (згідно положень ч. 4 статті 309 КК України)» — Даний висновок суду взагалі є некоректним.

По перше, граничну межу притягнення до кримінальної відповідальності в результаті змін до оскаржуваного наказу МОЗ було не збільшено, а навпаки зменшено у 5–20 разів.

По друге, мотивація наркозалежних хворих до добровільного звернення в лікувальний заклад і початку лікування від наркоманії не може базуватися на їх криміналізації під загрозою позбавлення волі, адже це суперечить конституційним гарантіям, базовим принципам охорони здоров'я та здоровому глузду.

В оскаржуваних таблицях розмірів наркотиків, затверджених Наказом МОЗ України № 634/2010 р вказано, що «…вони базуються на визначеній добовій дозі (definite daily dose) за даними Міжнародного комітету з контролю за наркотиками ООН», але цей термін вже понад 7 років як не застосовується Міжнародним комітетом з контролю за наркотиками (МККН) ООН, у підтвердження чого Альянсом було подано відповідні документи!

Більш того, навіть за логікою подібного розрахунку з використанням добових доз для статистичних цілей (S-DDD), що визначаються МККН ООН, пороги невеликих розмірів щодо опію та опію ацетильованого в Україні мають бути вищими від 10 до 60 разів!

Також суд неправомірно погодився із запереченнями щодо Позову, наданих МОЗ України, про те, що «проект акта не потребує проведення консультацій з громадськістю».

Окружний адміністративний суд Києва не взяв до уваги висновки Альянсу про те, що відповідно до вимог Постанови Кабінету міністрів України «Порядок залучення громадян до формування та реалізації державної

політики» від 06.01.2010 № 10, що діяла на той момент, «в обов'язковому порядку проводяться консультації з громадськістю щодо: проектів нормативно-правових актів, що мають важливе суспільне значення і стосуються прав і обов'язків громадян». Аналогічні вимоги містяться і у чинній нині Постанові КМУ № 996 від 03.11.2010.

Адже не викликає жодних сумнівів, що проект нормативно-правового акту з визначенням нових «граничних розмірів наркотиків», який суди в Україні використовуватимуть в якості підстави для кваліфікації протиправних дій та призначення кримінального покарання до 12 років позбавлення волі; документ, який безпосередньо стосується щонайменше 1% населення України, що страждає від опіатної залежності, та декількох сотень тисяч осіб, які працюють в органах внутрішніх справ, прокуратури, суду, та в пенітенціарній сфері; обов'язково мав пройти консультації з громадськістю за встановленою законодавством процедурою. Натомість, проект оскаржуваного наказу не був оприлюднений навіть на сайті основного розробника — МОЗ України.

Суд першої інстанції взагалі проігнорував висновки Альянсу про невідповідність наказу МОЗ положенням Конвенції про захист прав людини та основних свобод та практиці застосування відповідних положень Європейським судом з прав людини.

Вважаючи рішення суду першої інстанції незаконним, Альянс у межах встановленого терміну звернувся до Київського апеляційного адміністративного суду з апеляційною скаргою і попросив скасувати відповідну судову постанову та переглянути рішення. Вичерпання національних засобів захисту порушених прав триває.

Рекомендації

1. Збільшити квоти клієнтів програм замісної підтримувальної терапії з урахуванням ймовірної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків у областях України та рекомендацій ВООЗ/ЮНЕЙДС/Управління ООН з наркотиків та злочинності.
2. Забезпечити безперервність замісної підтримувальної терапії для пацієнтів у разі їх госпіталізації (планової чи екстреної) до лікувальних закладів у всіх областях України.
3. Забезпечити можливість для клієнтів програм ЗПТ отримувати за рецептами медичні препарати, які використовуються для замісної підтримувальної терапії, на всій території України.

4. Привести норми Наказу МОЗ України № 634 від 29.07.2010 року відносно невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, що знаходяться у незаконному обігу, у відповідність до добових доз для статистичних цілей (S-DDD), що визначаються МККН ООН.
5. До МОЗ України: привести стандарт зі стерилізації та дезінфекції виробів медичного призначення у відповідність до сучасних вимог та з метою запобігання перешкоджанню програмам обміну використаних шприців.
6. Видання спільного наказу МОЗ, ДДУВП та МВС України щодо затвердження порядку взаємодії територіальних органів внутрішніх справ, органів і установ виконання покарань, закладів охорони здоров'я щодо ведення особи, яка отримує замісну підтримуючу терапію.
7. Уряду України вжити заходи щодо недопущення незаконного втручання у роботу медичних закладів правоохоронних органів, яке перешкоджає роботі програми замісної терапії.
8. Уряду України, МВС України вжити заходи щодо недопущення незаконного затримання працівниками правоохоронних органів наркозалежних пацієнтів та медичних працівників програм ЗПТ.

Розділ 5
Права людини та паліативна допомога[64]

Доглядаючи події 2011 року в царині паліативної допомоги можна констатувати деякі тенденції, що відбувались впродовж року. А саме, активізування правозахисної спільноти та відсутність, або дуже уповільнене, реагування з боку Уряду України на потреби майже 1% населення, якщо взяти до уваги усі верстви населення, що потребують паліативної допомоги[65].

За оцінками незалежних експертів, декілька сотень тисяч хворих на онкологічні та інші захворювання, зокрема СНІД, страждають від виразного болю та не мають можливості отримати доступ до ефективних, безпечних і недорогих ліків, які вгамовують біль. Три громадські організації провели дослідження[66] з моніторингу стану цих хворих та з'ясували, що страждання таких пацієнтів підпадають під визначення жорстокого, нелюдського або принижуючого гідність поводження з боку держави Україна.

Уряд України не виконує ряд міжнародних угод, що містять стандарти прав людини, які стосуються надання паліативної допомоги.

Перш за все, йдеться про статтю 7 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права та статтю 3 Європейської конвенції з прав людини: «нікого не може бути піддано катуванню чи жорстокому, нелюдському або принижуючому гідність поводженню чи покаранню». Безумовно, з точки зору правозахисних організацій, держава піддає своїх громадян жорстокому, нелюдському або принижуючому гідність поводженню, якщо існуюча система організації медичної допомоги перекриває доступ до знеболення хворим, які потерпають від болю.

---

[64] Розділ підготовлено Андрієм Роханським, Олегом Мірошниченко, ХПГ.

[65] До 450 тисяч по оцінкам незалежних експертів, наприклад, міжнародної організації Human Rights Watch.

[66] «Мы имеем право жить без боли и страданий», Отчет правозащитных организаций о соблюдении прав паллиативных пациентов в Украине, 2011 год.

По-друге, державою Україна порушуються положення Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, які затверджують право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Не враховуються рекомендації Комітету з економічних, соціальних і культурних прав, який підкреслює важливість «…уваги та догляду за хронічно і невиліковно хворими особами, полегшення в міру можливості їх страждань і надання їм спроможності гідно піти з життя». Україна має всі матеріальні ресурси для забезпечення невиліковно хворих пацієнтів, які страждають від болю, основними лікарськими засобами — опіоїдними анальгетиками, зокрема таблетованими формами морфіну.

Як зазначав спеціальний доповідач ООН, «неприйняття урядами розумних заходів щодо забезпечення доступності лікування болю … викликає питання щодо належного виконання ними цього зобов'язання»[67]. Оскільки пропоновані Міністерством охорони здоров'я України методики лікування болю фундаментальним чином розходяться з визнаною сучасною міжнародною практикою[68], а Уряд України не вживає заходів щодо зміни ситуації, то це може бути кваліфіковано як порушення заборони катувань і жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження.

Зазначене вище дослідження встановило, що найбільшою мірою не дотримуються права паліативних хворих, які проживають у себе вдома, в сільській місцевості, а також права ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

1. Доступ до ефективних, безпечних і недорогих ліків

Значення опіоїдних анальгетиків вже давно визнано у медичному середовищі. В Єдиній конвенції про наркотичні засоби 1961 р. прямо говориться, що «застосування наркотичних засобів у медицині продовжує бути необхідним для полегшення болю і страждань, і що повинні бути прийняті належні заходи для задоволення потреб у наркотичних засобах для таких цілей»[69].

---

[67] Joint letter by the UN special rapporteur on the prevention of torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, and the UN special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, to the Commission on Narcotic Drugs, December 2008. A copy of the letter is available at http://www.ihra.net/Assets/1384/1/SpecialRapporteursLettertoCND012009.pdf (accessed January 16, 2009).

[68] Cancer pain relief, 2nd ed., Geneva, WHO, 1996.

[69] Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 г., преамбула, http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_ru.pdf.

Пероральний морфін включено ВООЗ у Приблизний перелік основних лікарських засобів[70] та на його використанні базується перший принцип ВООЗ по лікуванню хронічного болю: якщо є можливість, опіоїдні анальгетики повинні призначатися у пероральних формах (таблетки або сироп).

В Україні досі відсутня таблетована форма морфіну, та вона не міститься у Державному реєстрі лікарських засобів України, доступні лише ін'єкційні форми. Це є майже головною проблемою, яка ускладнює доступ до знеболюючих препаратів паліативних хворих. Річ у тому, що згідно з чинним законодавством України, призначення ін'єкційних форм морфіну повинні виконувати тільки медичні працівники, які ще піддаються суворої звітності підрахування використаних ампул. Медичні працівники не мають права залишати ін'єкційні форми морфіну вдома у хворого.

З іншого боку, виходячи з чинного законодавства України, хворі мають право купувати таблетований морфін у аптеці за рецептом, але такої форми не існує на фармацевтичному ринку України. Ін'єкційні форми морфіну також можна виписувати за рецептом, але виконувати призначення повинні тільки медичні працівники, що унеможливлює їх самостійне використання пацієнтами.

На цієї підставі порушується другий принцип ВООЗ щодо лікування хронічного болю: знеболювальні слід надавати «за годинником», тобто через фіксовані (чотири години) проміжки часу, цей принцип відображає той факт, що знеболювальний ефект морфіну триває у середньому 4 години.

Як цілком зрозуміло, медичний працівник не має можливості (та й не тільки в Україні) приходити до хворого кожні 4 години впродовж цілої доби, тому на практиці, як встановило наше дослідження, ін'єкції морфіну робляться 2 рази на добу: вранці та ввечері. Таким чином, тільки 8 годин на добу їх життя можливе без болю та страждань. Та й це можливо тільки для хворих, які живуть біля лікувальних закладів. Хворі, які живуть на відстані, у сільській місцевості, найчастіше взагалі не отримують опіоїдні знеболюючі лікарські засоби.

Існування пероральних фармацевтичних форм морфіну дозволило б хворим купувати їх за рецептом та самостійно приймати ліки у разі потреби та за принципами ВООЗ. Це вельми актуально для жителів сільської місцевості, так як у багатьох сільських районах не налагоджені виїзди патронажної медсестри. Дуже часто в селах паліативні пацієнти взагалі не отримують опіоїдні анальгетики.

---

[70] http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated_sixteenth_adult_list_en.pdf

2. Обтяжлива система призначення опіоїдних анальгетиків

Другий найбільш важливий чинник, який обмежує доступ до знеболюючих засобів паліативних хворих — це система призначення опіоїдних анальгетиків.

Як вже згадувалось у попередньому розділі, чинне законодавство України практично унеможливлює отримання за рецептом основного опіоїдного знеболюючого засобу для угамування виразного хронічного больового синдрому — морфіну. Але якщо таблетована форма морфіну буде зареєстрована та потрапить на фармацевтичний ринок країни, це буде тільки першим кроком у допомозі хворим. Згідно чинного законодавства України, лікар за рецептом має можливість виписати тільки 10 таблеток морфіну по 10 мг кожна, — якщо виходити з принципів ВООЗ. Цієї кількості препарату вистачить на угамування больового синдрому тільки 32 години. Для покриття лікуванням наступних 32 годин потрібно знов звертатися до лікувального закладу за рецептом, а потім йти до аптеки.

Інший бік проблеми — не кожен лікар має можливість призначити опіоїдні анальгетики. В Україні існує надмірна система контролю за обігом лікарських форм наркотичних анальгетиків. Порядок призначення опіоїдних анальгетиків, який передбачається чинним в Україні нормативно-правовим регулюванням, є одним із найскладніших і громіздких у світі[71]. У той час, як у більшості країн будь-який кваліфікований лікар самостійно приймає рішення про необхідність призначення морфіну та має можливість виписати його за рецептом, в Україні такий рецепт можна виписати тільки на три дні, та це буде інший препарат, який визначається «наркотичним» або «психотропним», але не має сили знеболювальної дії морфіну. Будь-яке призначення на більший термін проводиться за рішенням «Комісії по доцільності призначення наркотичних препаратів », що складається з трьох лікарів даного медичного закладу. У випадку необхідності змінити дозу «комісія» скликається заново. При цьому, лікар або лікарі з «комісії», повинні працювати у лікувальному закладі, який має два типу ліцензії: на впровадження медичної практики та на впровадження діяльності, що пов'язана з обігом наркотичних та психотропних препаратів. Якщо останньої не має — у цьому випадку лікарі не мають права виписувати опіоїдні анальгетики взагалі. Ці положення відносяться й до лікарів, які займаються приватною практикою.

---

[71] Доклад Human Rights Watch «Неконтролируемая боль. Обязательства Украины в области обеспечения паллиативной помощи по стандартам доказательной медицины», май 2011 г.

Лікарі, які працюють у невеликих містечках або у сільській місцевості, повідомляли представників нашої організації, що ліцензії на обіг наркотичних препаратів є тільки у центральних районних лікарнях, а для більшості медичних закладів, які надають первинну допомогу населенню (амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, фельдшерсько-акушерські пункти), отримання такої ліцензії занадто обтяжливо і дорого. Тому пацієнти, які мають виражений больовий синдром та проживають у себе вдома, на відстані від великих лікарень, можуть взагалі не отримувати опіоїдні знеболюючи, вони потерпають від великих страждань, та за повідомленням медичних працівників, деякі з них закінчували життям самогубством.

Свідчення паліативної хворої: «…Двадцять п'ять років тому помирав мій батько. Він дуже страждав, але до лікарні його не брали, говорили, що він буде псувати їм показники ліжко-днів. Та він провів свої останні тижні дома, його зойк я пригадувала усі ці роки… Та тепер мені прийшов час помирати через те саме (онкологічне захворювання). Поки що не дуже болить, можна терпіти. А що далі? Я бажаю бути дома — тут моє усе. В мене вже живого місця немає від цих уколів. Мені лікар говорив, що будуть робити «гарні» уколи на ніч, але досі нічого не призначають, говорять, що медсестра у відпустці, яка може до мене ходити…»

З 2011 року Урядом Україні розпочато реформування галузі охорони здоров'я, яке передбачає реорганізацію вже існуючої мережі лікувальних закладів, в яких населенню надавалась первинна медична допомога (вищезгадані амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, деякі центральні районні лікарні), у центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги. Реорганізація передбачає створення нових юридичних осіб, які за законодавством України повинні самостійно отримати обидві типи ліцензій. Цей процес, за практикою, забирає тривалий час. Правозахисні організації виражають занепокоєння станом паліативної допомоги хворим, які проживають в сільській місцевості на далекої відстані від медичних закладів, яких не торкнеться процес реформування (у великих містах), та на весь час реорганізації та процесу ліцензування не будуть мати можливості взагалі отримувати опіоїдні анальгетики.

3. Громадські неурядові організації ініціюють зміни у царині паліативної допомоги

Привернути увагу держави та ініціювати зміни ситуації щодо доступу до знеболення взялася Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хос-

пісної допомоги (УЛПХД), під егідою якої, спільно з Міжнародною Асоціацією з хоспісної та паліативної допомоги (МАХПД) та Європейською асоціацією паліативної допомоги (ЄАПД) відбувся перший національний семінар з паліативної допомоги «Забезпечення доступу до опіоїдних знеболюючих засобів».

«Нині ми ініціюємо розробку нормативно-правової бази з паліативної та хоспісної допомоги. Головна мета — гарантування доступності адекватного знеболення, у тому числі й опіоїдними анальгетиками зі сторони держави, — каже голова правління УЛПХД Василь Князевич. — Для допомоги таким людям старань громадськості замало. Свої зобов'язання перед ними повинна, в першу чергу, виконати держава. Українська ліга сприяння розвитку хоспісної та паліативної допомоги закликає усіх до співпраці й забезпечення гідних умов невиліковно хворим громадянам». За словами Василя Михайловича, мета зустрічі провідних національних та міжнародних експертів, науковців та спеціалістів з паліативної допомоги — пошук інструментів та ресурсів для перегляду правових умов забезпечення доступу до адекватного знеболення паліативних пацієнтів, зокрема й опіоїдними анальгетиками[72].

- щоденно виникає 442 нових випадків раку, щогодини — 18 випадків;
- ризик захворіти на рак впродовж життя має кожний 3–4 чоловік та кожна 5–6 жінка;
- станом на 1 січня 2011 на обліку в онкологічних установах перебуває понад 960 тисяч онкологічних хворих, у тому числі 5,5 тисяч дітей;
- щоденно від раку помирають 239 осіб, щогодини — 10.

Утім, констатує голова Української ліги сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги, принаймні на даному етапі УЛПХД відчуває значно більшу підтримку з боку європейських та світових медичних організацій здоров'я, ніж вітчизняних чиновників. Солідарний з ним у цьому і президент Європейської асоціації паліативної допомоги Лукас Радбрач, який висловив занепокоєння, що, попри рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, українська влада й досі не вирішила проблему медичного використання опіоїдних анальгетиків. «Рекомендації медичного використання опіоїдних анальгетиків є загальноприйнятими й такими, що ґрунтуються на принципах доказової медицини, — каже пан Радбрач. — Нині Європейська

[72] http://ligalife.com.ua/2011/

асоціація паліативної допомоги працює разом з ВООЗ над удосконаленням керівних принципів щодо доступності опіоїдних анальгетиків для досягнення балансу поміж потенційним витоком препаратів у незаконний обіг, та забезпечення сталості процесу медичного використання опіоїдних анальгетиків для адекватного знеболення невиліковно хворих пацієнтів. Сподіваюся, діалог між громадськими організаціями та урядом дозволить Україні поліпшити стан тяжкохворих та забезпечить їм високу якість життя»[73].

Підтримати у цьому Українську лігу сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги пообіцяла і виконавчий директор Міжнародної асоціації паліативної допомоги Ліліана де Ліма: «Ми сприятимемо роботі Ліги з українським урядом, щоб з'ясувати, які причини того, що споживання знеболюючих лікарських засобів, зокрема опіоїдних анальгетиків, знижується, тоді як кількість пацієнтів, які страждають на онкологічні та інші невиліковні захворювання, не зменшується». Пані де Ліма наголошує: виконання зобов'язань Україною доступу в медичних цілях опіоїдних анальгетиків для полегшення життя невиліковно хворим нині перебуває на контролі Міжнародного комітету з контролю наркотичних речовин Організації Об'єднаних Націй. А недотримання взятих на себе зобов'язань призведе не лише до приречення невиліковно хворих українців на муки, а й погіршення іміджу нашої держави в очах світової спільноти[74].

Відкрите звернення із закликом переглянути принципи використання опіоїдних анальгетиків у медичних цілях для знеболення в першу чергу пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, учасники семінару направили Президенту Віктору Януковичу та голові українського уряду Миколі Азарову.

4. Порушення прав невиліковно хворих дітей щодо доступу до комплексної допомоги[75]

Одним із компонентів комплексної допомоги тяжко хворим є психосоціальна підтримка. Зокрема, велике значення вона має у сфері допомоги дітям, для яких вона може означати не лише психологічну підтримку («Якщо зі мною працює психолог, я буду жити»), але й соціалізацію. Цей аспект захисту прав тяжко хворих дітей був особливо актуалізований починаючи з вересня 2011 р., коли у Національній дитячій спеціалізованій лікарні «ОХМАТДИТ» розпочалося

[73] Ib.

[74] Ib.

[75] Олександр Вольф, Наталя Говда. БО «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги».

навчання тяжко хворих дітей. Саме це дозволяє маленьким пацієнтам відчувати себя «перспективними» у сенсі здоров'я, звичайними дітьми, з якими можна і варто працювати. Саме це відображено й у міжнародній практиці, зокрема, відомо про діяльність волонтерських груп при хоспісах, котрі допомогагають дітям, грають з ними і т. ін. Навчання перетворюється на соціалізацію дітей з обмеженими можливостями і стає ефективною психологічною допомогою, що відображається й на загальному фізіологічному стані дитини.

Отже, в Києві на базі НДСЛ «ОХМАТДИТ», у співпраці із соціальною службою лікарні, районною психолого-медико-психологічною комісією та районним Управлінням освіти впроваджується програма комплексної підтримки дітей з особливими потребами, що може розглядатися як свідчення підвищення їхньої соціальної інтеграції. Подібна програма має впроваджуватися також і в інших лікувальних закладах України.

Рекомендації щодо подальшого розвитку превенції порушень невиліковно хворих дітей у сфері забезпечення комплексною допомогою можуть включати розвиток програм психосоціальної підтримки, забезпечення доступу до загальної освіти, співпрацю з неурядовими організаціями.

5. Зміни у законодавстві України щодо прав паліативних хворих

Згідно Закону України від 07.07.2011 № 3611 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» стаття 8 після частини першої була доповнена двома новими частинами, а саме: кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:

— екстрена медична допомога;
— первинна медична допомога;
— вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;
— третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;
— паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Держава гарантує безоплатне надання медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я також за епідемічними показаннями та безоплатне проведення медико-соціальної експертизи.

Вперше у Законі України визначено, що громадяни України мають право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я паліативної допомоги — це ще один крок до впровадження системи паліативної допомоги.

Але стаття 35-4 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка дає дефініцію «Паліативна допомога», набирають чинності тільки 1 січня 2015 року. Її текст теж викликає питання: «На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей. Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення. Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я». Цілком зрозуміло, що відкладення впровадження цієї статті викликано тим, що укладання договорів про медичне обслуговування населення віднесено на 2015 рік. Але положення про те, що пацієнт може отримати паліативну допомогу тільки «за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога» викликає деякі сумніви, а саме, де буде надаватися паліативна допомога безоплатно: вдома, у хоспісі чи іншому лікувально-профілактичному закладі? Та друге питання, на яке законодавці не дають відповіді: чому тільки «за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога»? — з цього можна зробити висновок, що, наприклад, сімейний лікар не може дати направлення для отримання пацієнтом паліативної допомоги у хоспісі. Далі у статті йде бланкетна норма, яка відсилає до майбутніх роз'яснень цих питань.

Дуже важливий крок з боку Уряду України — це поліпшення соціальних гарантій для невиліковно хворих, у першу чергу для онкохворих. Відтепер, згідно наказу МОЗ № 561 від 05.09.2011 «Про затвердження Інструкції про

встановлення груп інвалідності» до переліку захворювань, дефектів, необоротних морфологічних станів, порушень функцій органів та систем організму, при яких група інвалідності ІА встановлюється без строку переогляду, внесені злоякісні новоутворення, у тому числі лімфоїдної, кровотворної і споріднених з ними тканин (з метастазами і рецидивами; тяжкий загальний стан з вираженими проявами інтоксикації, кахексії і розпадом пухлини). Тобто майже усі онкохворі IV клінічної групи мають право отримувати ІА групу інвалідності без строку переогляду.

Попередній наказ МОЗ України від 7 квітня 2004 року № 183 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності», що втратив чинність, не містив такої норми для онкохворих.

Дуже позитивним для змін у паліативної сфері є видання Наказу МОЗ України № 150 від 21.03.2011 року «Про внесення змін до наказу МОЗ від 19.07.2005 № 360», за яким збільшена кількість таблеток бупренорфіну дозувань 0,2 мг 0,4 мг, 2 мг, які можна отриманти за рецептом, та у список добавлені дозування 4 мг та 8 мг. Це важлива подія для впровадження у медичну практику таблетованих форм для лікування больового синдрому.

У доповіді правозахисних організацій «Ми маємо право жити без болю і страждань»[76], наведено 5 причин страждань, які переживають паліативні хворі:

1. *Страх залежності*. Серед практикуючих лікарів розповсюджений міф, що призначення паліативним хворим більше однієї разової дози опіоїдних анальгетиків на добу викликає ряд ускладнень і, у першу чергу, наркотичну залежність. У зв'язку з цим пацієнтам призначають знеболюючі препарати тільки раз на добу і частіше всього за кілька днів до смерті. Таке дозування не дозволяє пацієнтам жити без болю, що є метою і сенсом паліативного лікування.
2. *Обмеженість ресурсів*. Машина швидкої допомоги або патронажної служби не може приїжджати до пацієнта 6 разів на добу для надання адекватного знеболення. Але відповідно до вимог українського законодавства опіоїдний анальгетик може бути доставлений до пацієнта тільки системою патронажної служби — або спеціальним

[76] «Мы имеем право жить без боли и страданий», Отчет правозащитных организаций о соблюдении прав паллиативных пациентов в Украине, 2011 год.

автомобілем лікувального закладу, або машиною швидкої допомоги. В Україні існують норми і правила, які призводять до втрати і без того мізерних і обмежених ресурсів сфери охорони здоров'я.

3. *Надмірність контролю, або Бюрократичний абсолютизм*. Усі лікувальні установи повинні мати ліцензію МОЗ. Для того, щоб у своїй медичній практиці використовувати опіоїдні анальгетики, без яких медична допомога взагалі неможлива, лікувальний заклад має отримати ще одну ліцензію. У процесі «другого ліцензування» вже додатково беруть участь Міністерство внутрішніх справ, Національна служба з контролю за наркотиками — і все це для того, щоб другий раз вирішити, чи дозволено цьому лікувальному закладу використовувати в своїй медичній практиці життєво необхідні для пацієнтів лікарські препарати. Не можна не враховувати і той факт, що сам по собі процес будь-якого ліцензування пов'язаний з матеріальними витратами, що в ряді випадків є непереборною перешкодою, наприклад, для сільських амбулаторій, для аптек у сільських районах.
4. *Принцип Тотального контролю*, замість раціональності і гуманності: лікар і пацієнт у розумінні держави — це потенційні злочинці. «Медик обов'язково продасть ліки, а пацієнт не використає їх за призначенням» — це умовна установка роботи міліції та інших контролюючих органів у сфері охорони здоров'я. Такий погляд на систему надання медичної допомоги призводить до страждання тисяч пацієнтів та їх сімей, до небажання медика «вплутуватися» в паперову тяганину оформлення документів, в «скликання» комісій для призначення опіоїдних анальгетиків, списування використаних ампул та інше.
5. *Обмеженість доступу*. Практично в усіх областях України недостатньо кількості аптек, в яких можна за рецептом отримати опіоїдний анальгетик. Іноді такі аптеки розташовані на значній відстані від місця проживання пацієнта. Наприклад, за даними Національної служби з контролю за наркотиками, в Одеській області працює всього 4 аптеки, в яких за рецептом лікаря можна придбати контрольовані препарати для знеболювання. Це можливо пояснити тим фактом, що організація системи дистрибуції наркотичних анальгетиків в аптечній системі пов'язана з отриманням ліцензії, витрати на яку, особливо в сільських районах, не окупаються через низький обсяг продажу цієї групи лікарських препаратів. В результаті пацієнт не може самостійно придбати і використовувати життєво необхідний йому лікарський

препарат, а патронажна служба, про яку згадувалося в п. 2, не може більше двох разів відвідати пацієнта вдома. У деяких районах сільської місцевості патронажна служба взагалі не виїжджає до пацієнта та він і його родичі залишені один на один з болем і стражданнями.

Рекомендації

Для подолання цієї ситуації важливо якнайшвидше:

1. Забезпечити наявність перорального (таблетованого) морфіну на фармацевтичному ринку України. Включити пероральний морфін у список препаратів, який закуповується за рахунок державного бюджету, що повинно привести до стимуляції імпорту або налагодженню місцевого виробництва.
2. Спростити систему отримання ліцензії на обіг наркотичних препаратів для лікувальних закладів. Розглянути питання про «одну» ліцензію, коли ліцензія на право заняття медичною практикою включає в себе і право впровадження діяльності у сфері обігу наркотичних препаратів — як для юридичних осіб, так і для фізичних осіб-підприємців.
3. Затвердити Законом України «Загальнодержавну програму розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні» та виділити постановою Кабінету Міністрів України кошти на державне фінансування цієї програми. Розглянути можливість податкових пільг для організацій, які фінансують установи надання паліативної допомоги (хоспіси), у тому числі і для страхових компаній різних форм власності.
4. Розробити «Клінічний протокол надання паліативної допомоги», «Клінічний протокол лікування хронічного больового синдрому» на основі триступеневої схеми ВООЗ.
5. Впровадити навчальні програми «Паліативна допомога» та «Лікування хронічного больового синдрому на основі триступеневої схеми ВООЗ» у роботу вищих медичних навчальних закладів I–IV рівнів акредитації.
6. Створити експертні тренінгові центри на базі хоспісів з метою тематичного удосконалення, післядипломної освіти лікарів і медсестер, що працюють у сфері надання паліативної допомоги.
7. Розвивати систему надання паліативної допомоги вдома у пацієнтів шляхом удосконалення патронажних поліклінічних служб, їх переорієнтації зі служби доставки наркотичних препаратів у виїзну мультидисциплінарну службу паліативної допомоги.

77

Розділ 6

Стан дотримання прав громадян у взаємовідносинах з медико-соціальними експертними комісіями[77]

1. Загальний огляд

Медико-соціальна експертиза вже давно не виконує належним чином тих завдань, які на неї покладені законом. Медико-соціальні експертні комісії мають досить широке коло повноважень, визначених Положенням про медико-соціальну експертизу, але не завжди їх виконують належно та ретельно.

Досить часто трапляються порушення з боку представників медико-соціальних експертних комісій щодо порядку проведення огляду громадян. Зокрема, огляд громадян у медико-соціальних експертних комісіях повинен проводитися за місцем проживання або лікування громадян. Однак медико-соціальні експертні комісії дуже рідко проводять такі огляди за місцем проживання громадян, про що свідчать численні скарги з боку останніх. Більше того, громадяни не знають, а представники медико-соціальних експертних комісій чи лікуючі лікарі їм не роз'яснюють, що громадяни за певних умов (якщо хворий за станом здоров'я згідно з висновком лікарсько-консультаційної комісії лікувально-профілактичного закладу не може з'явитися до медико-соціальної експертної комісії) мають право на проходження огляду медико-соціальними експертними комісіями вдома або в стаціонарі, де вони перебувають на лікуванні. Часто виникають такі ситуації, за яких хворий не може з'явитися на огляд до медико-соціальних експертних комісій, або його родичі докладають над зусилля, щоб доставити хворого до лікарні на огляд до медико-соціальних експертних комісій. В окремих випадках хворий і надалі

[77] Розділ підготовлено Леонідом Тарасенко, Центр громадської адвокатури.

страждає вдома, не маючи можливості самостійно з'явитися на такий огляд. Також не діє правова норма про те, що у виняткових випадках (наприклад, коли громадянин проживає у віддаленій, важкодоступній місцевості) медико-соціальні експертні комісії можуть приймати рішення заочно за згодою громадян, керуючись матеріалами медичних справ. З одного боку це може породжувати корупцію, проте з другого боку — важливо для тих громадян, хто дійсно цього потребує.

Крім того, на практиці є численні факти, коли медико-соціальні експертні комісії, проводячи огляд хворого, приймають рішення про присвоєння йому певної групи інвалідності на певний строк, проте відповідно до закону і здорового глузду інвалідність повинна присвоюватися довічно. Наприклад, особа не має однієї кінцівки, однієї легені тощо. За законом група інвалідності без зазначення строку переогляду встановлюється громадянам при анатомічних дефектах, стійких необоротних морфологічних змінах та порушеннях функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливому прогнозі динаміки працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у районі проживання інваліда: також чоловікам старше шістдесяти років і жінкам старше п'ятдесяти п'яти років, інвалідам, у яких строк переогляду настає: у чоловіків після досягнення шістдесяти років, жінок — п'ятдесяти п'яти років. З вищезазначеного переліку лише остання підстава беззаперечно застосовується медико-соціальними експертними комісіями для встановлення інвалідності довічно. Це породжує невдоволення багатьох інвалідів, які, не знаючи вищезазначених правових положень щодо порядку та підстав проходження переогляду, змушені впродовж багатьох років проходити переогляд ще раз і ще раз. З психологічної точки зору — це теж впливає на стан їх здоров'я (як на психічний, так і фізичний).

Таким чином, у багатьох випадках права громадян (хворих, інвалідів, потенційних інвалідів) порушуються медико-соціальними експертними комісіями. Причин є декілька. Перш за все, це незнання інвалідами (громадянами) своїх прав. Друге порушення прав інвалідів і в інших сферах життя (відсутність пандусів, реальне ненадання пільг, які передбачені законом тощо). По-третє, відсутність бажання у інваліда захищати свої права; по-четверте, неможливість самотужки захистити свої права, в тому числі і у відносинах з медико-соціальними експертними комісіями, оскільки для цього слід бути здоровою людиною, щоб мати можливість піти, наприклад, до головного лікаря, в управління охорони здоров'я чи в інші органи, які можуть мати пев-

ний вплив на діяльність медико-соціальних експертних комісій (спрямувати їх діяльність відповідно до вимог закону).

Отже, незнання прав і відсутність реальних джерел, з яких можна дізнатися про свої права у тому числі у відносинах з медико-соціальними експертними комісіями, створює значні перешкоди для інвалідів. Ще однією проблемою, не менш значною, є те, що інформація про порушення прав громадян з боку представників медико-соціальних експертних комісій, практично ніколи не доходять до керівництва медико-соціальних експертних комісій, вже не кажучи про органи виконавчої влади, яким медико-соціальні експертні комісії підпорядковані. На це часто звертають увагу і самі головні лікарі, експерти обласних центрів медико-соціальної експертизи. А вони могли б вжити відповідних заходів для усунення таких порушень. Причин цьому декілька: громадяни не знають про наявність можливості у них звернутися до керівництва медико-соціальних експертних комісій або також не бажають цього робити — можливо через страх перед органами влади, через те, що не вірять у позитивний результат, а, можливо, через загальну пасивність громадян загалом і знедолених громадян (інвалідів) зокрема.

Загалом інваліди не знають порядку проходження медико-соціальної експертизи, не знають підстав надання інвалідності, не знають підстав для призначення інвалідності довічно, не знають, що робити, якщо медико-соціальна експертна комісія прийняла водночас і позитивне, і негативне рішення (наприклад, надання інвалідності третьої групи замість другої, або надання інвалідності на два роки замість призначення її довічно тощо).

Громадські організації, в тому числі і громадські організації інвалідів, намагаються сприяти правовій просвіті громадян (інвалідів, потенційних інвалідів), проте нерідко вони не мають належних правових знань щодо вищезазначених проблем. Вирішення вищезазначених проблем можливе лише завдяки взаємодії інвалідських організацій та організацій правового спрямування, оскільки перші можуть об'єднати людей, які потребують правової допомоги у відносинах з медико-соціальними експертними комісіями, а правові організації можуть провести правове навчання, надати правову допомогу, здійснити представництво інтересів громадянина в органах влади (в тому числі і перед медико-соціальними експертними комісіями).

Загалом, порядок проведення медико-соціальної експертизи регулюється Положенням про медико-соціальну експертизу від 03.12.2009 року № 1317. Дана експертиза проводиться медико-соціальними експертними комісіями, які створюються за територіальним принципом. Експертиза проводиться

з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, часу настання, групи інвалідності, а також компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє медичній, психолого-педагогічній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації. Крім того, експертиза сприяє проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, пристосування їх до суспільного життя. Також медико-соціальна експертиза дозволяє надати рекомендації щодо можливих для особи за станом здоров'я видів трудової діяльності та умов праці, потреби у сторонньому догляді, відповідних видів санаторно-курортного лікування і соціального захисту для найповнішого відновлення усіх функцій життєдіяльності особи. Медико-соціальній експертизі підлягають особи, які втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм та уроджених дефектів, що обмежує їх життєдіяльність, а також особи, які за чинним законодавством, мають право на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку або звільнення від виконання відповідних обов'язків тощо (наприклад, особа, що зазнала травми під час нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання). Медико-соціальна експертиза потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання проводиться після подання акта про нещасний випадок на виробництві, акта розслідування професійного захворювання за встановленими формами, висновку спеціалізованого медичного закладу про професійний характер захворювання, направлення лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я або роботодавця чи профспілкового органу підприємства, на якому потерпілий одержав травму чи професійне захворювання, або робочого органу виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків, суду чи прокуратури.

Інвалідність і ступінь втрати здоров'я повнолітніх хворих встановлюються медико-соціальними експертними комісіями, а неповнолітніх — лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів. Залежно від ступеня розладу функцій організму та обмеження життєдіяльності особі, визнаній інвалідом, встановлюється перша, друга чи третя група інвалідності. Особам у віці до 18 років лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів встановлюється категорія «дитина-інвалід».

Експертиза повинна проводитись лише після повного та всебічного медичного обстеження, проведення необхідних досліджень, визначення діагнозів, одержання результатів відновного лікування, соціально-трудової реабілітації

та інших даних, що підтверджують стійкий або необоротний характер захворювання.

Важливими також є нормативні гарантії для інвалідів, передбачені міжнародними конвенціями. Зокрема, Конвенція ООН про права інвалідів (Дата ратифікації Україною: 16.12.2009 р., Дата набрання чинності для України: 06.03.2010р.) у ст. 25 передбачає, що *держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення доступу інвалідів до послуг у сфері охорони здоров'я, які враховують гендерну специфіку, у тому числі до реабілітації за станом здоров'я. Зокрема, держави-учасниці: a) забезпечують інвалідам належний рівень безплатних або недорогих послуг і програм з охорони здоров'я; b) надають ті послуги у сфері охорони здоров'я, які необхідні інвалідам безпосередньо з причини їхньої інвалідності; c) організують ці послуги у сфері охорони здоров'я якомога ближче до місць безпосереднього проживання цих людей, зокрема в сільських районах; d) вимагають, щоб спеціалісти з охорони здоров'я надавали інвалідам послуги також належної якості; e) забороняють дискримінацію стосовно інвалідів під час надання медичного страхування та страхування життя, яке надається на справедливих і розумних засадах; f) не допускають дискримінаційної відмови в охороні здоров'я, чи послугах у цій галузі, чи отриманні їжі або рідин з причини інвалідності.*

Але ці норми-принципи, передбачені Конвенцією про права інвалідів, не завжди діють в Україні, причиною чого є проблеми, висвітлені далі.

2. Проблеми у взаємовідносинах громадян та медико-соціальних експертних комісій. Типові порушення прав громадян у взаємовідносинах з медико-соціальними експертними комісіями

Закритість медико-соціальних експертних комісій

Медико-соціальні експертні комісії практично не інформують громадськість про свою діяльність, про порядок проходження медико-соціальної експертизи, не здійснюють жодної роз'яснювальної роботи серед населення. Фактично єдиними інформаційними повідомленнями, які трапляються в засобах масової інформації (включаючи офіційні сайти відповідних органів влади) є негативні відгуки громадян, які стикалися з діяльністю медико-соціальних експертних комісій, та «скупа» інформація про склад медико-соціальних експертних комісій в окремих регіонах. Інформація про діяльність медико-соціальних експертних комісій, порядок проходження медико-со-

ціальної експертизи, порядок присвоєння групи інвалідності, інформаційно-роз'яснювальна робота серед населення тощо відсутня як в Інтернет-ресурсах, так і в інших засобах масової інформації. Водночас відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу, затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р., медико-соціальні експертні комісії повинні інформувати органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, профспілкові органи та громадськість про рівень інвалідності, її причини, заходи медико-соціальної реабілітації. Також на медико-соціальні експертні комісії покладається обов'язок проводити серед населення роз'яснювальну роботу з питань медико-соціальної експертизи. Проте цей обов'язок в подальшому не конкретизується в Положенні. Єдиним засобом просвітницької роботи медико-соціальних експертних комісій є деякі інформаційні стенди в приміщеннях окремих медико-соціальних експертних комісій, на яких міститься певний мінімум інформації, необхідний для особи, що збирається проходити медико-соціальну експертизу. Але цього мінімуму для громадянина явно недостатньо. Оскільки інформація на стендах зазвичай є недостатньою і застарілою (наводиться відповідно до не чинного Положення про медико-соціальну експертизу 1993 року).

Роз'яснювальної роботи в інших формах медико-соціальні експертні комісії не проводять. Проте проблема тут виникає комплексна, оскільки закон не передбачає форм здійснення роз'яснювальної роботи, відсутня також і співпраця із медіа тощо. Натомість власних ЗМІ (в тому числі ЗМІ відповідних органів виконавчої влади, органів охорони здоров'я) медико-соціальні експертні комісії не мають. Тому і виникають проблеми з проведенням роз'яснювальної роботи серед громадян.

Також варто відзначити, що представники медико-соціальних експертних комісій загалом не висловлюють бажання контактувати з представниками громадськості чи засобів масової інформації щодо співпраці по питаннях проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення з питань проходження медико-соціальної експертизи.

Як свідчить практика, медико-соціальні експертні комісії намагаються не надавати інформацію, яку запитує громадськість, в тому числі, коли йдеться про певні статистичні дані щодо діяльності медико-соціальних експертних комісій. Зокрема, *на запит про інформацію від неурядової організації було отримано повідомлення від головного лікаря обласного Центру медико-соціальної експертизи, в якому йшлося про можливість отримати вказану інформацію лише на особистому прийомі у головного лікаря обласного Центру*

медико-соціальної експертизи. Таку ж відповідь було отримано і після подання повторного інформаційного запиту[78]. Також відповідь на запит надійшла від спеціалізованої психіатричної медико-соціальної експертної комісії, проте жодної запитуваної інформації надано не було, а лише посилання на можливість отримання цієї інформації у головного лікаря обласного центру медико-соціальної експертизи. Загалом, як визнають самі представники медико-соціальних експертних комісій, причиною ненадання інформації (на інформаційні запити) було ненадання згоди вищестоящої інстанції на надання такої інформації.

Також слід звернути увагу на те, що загалом в медичних колах, дотичних до медико-соціальних експертних комісій, було висловлено суттєве незадоволення втручанням громадськості у діяльність медико-соціальних експертних комісій. Таким чином, представники медико-соціальних експертних комісій самі не бажають виставляти свою діяльність на публічний показ, залишаючи її і надалі «terra incognito» для громадськості. Вінцем такого небажання є позиція Відділу медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України, відповідно до якої, громадськість намагається «влізти» у закриту вузьку сферу діяльності, яка хоча нібито і є відкритою, проте є вузькоспеціалізованою. Крім того, Відділ медико-соціальної експертизи фактично не має часу надавати інформацію громадськості про діяльність медико-соціальних експертних комісій, оскільки «потрібно задіяти весь апарат щонайменше на декілька днів». Всі ці обставини вкотре підтверджують максимальну закритість медико-соціальних експертних комісій всіх рівнів.

Таким чином, діяльність медико-соціальних експертних комісій є фактично закритою від громадськості. Діяльність медико-соціальних експертних комісій не висвітлюється в жодних засобах масової інформації, а самі медико-соціальні експертні комісії теж не вчиняють активних дій щодо інформування про свою діяльність, про порядок та умови проходження медико-соціальної експертизи. Більше того, інформація про діяльність медико-соціальних експертних комісій та інформація, яка вважається роз'ясненням законодавства про проходження медико-соціальної експертизи та про встановлення групи інвалідності, теж не надається медико-соціальними експертними комісіями навіть на отримані інформаційні запити. Медико-соціальна експертиза і надалі залишається не зовсім зрозумілим явищем для громадян, яким зали-

[78] Звіт «Правова допомога при проведенні медико — соціальної експертизи». Центр громадської адвокатури. — Видавництво: «Галицький друкар». — Львів, 2010. — С. 13.

шається можливість лише отримувати консультації щодо порядку проходження медико-соціальної експертизи та встановлення групи інвалідності від юристів, які надають такі послуги.

Неможливість допомогти інвалідам та іншим особам, які звертаються до медико-соціальних експертних комісій, у зв'язку з відсутністю спеціальних медичних знань

Наступною проблемою є необхідність оперування спеціальними медичними знаннями, а також детальним знанням підзаконних нормативно-правових актів, які містять норми щодо можливості встановлення тієї чи іншої групи інвалідності.

Зокрема, практично при наданні кожної консультації (щодо можливості / неможливості присвоєння певної групи інвалідності) виникає потреба детально з'ясовувати ступінь ушкодження здоров'я, а також можливість присвоєння тієї чи іншої групи інвалідності. Слід звернути увагу, що ці відносини врегульовано Інструкцією про встановлення груп інвалідності, затв. наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.04.2004 р. Проте юристу (або, зрештою, будь-якій іншій особі), який не має медичної освіти, складно зробити висновок про можливість надання групи інвалідності особі, яка має певну хворобу, особливо, якщо лікарі вже визначили певну специфіку захворювання, яка, на їх думку (достеменно невідомо — суб'єктивну чи об'єктивну) не підпадає під «отримання» групи інвалідності. Крім того, нерідко самі громадяни бажають отримати миттєву правову консультацію щодо можливості отримання групи інвалідності у зв'язку з певним захворюванням. Юрист може надати відповідь щодо присвоєння групи інвалідності особі, якщо хвороба (діагноз), яка зазначена в медичних документах, цілком співпадає з хворобою, яка передбачена в Інструкції про встановлення груп інвалідності. Проте у більшості випадків лікарі описують різні види однієї хвороби, зазначаючи складні ознаки захворювання, певні особливості діагнозу тощо, що, на їх думку, зазвичай, не підпадає під перелік захворювань, наявність яких дає змогу особі отримати певну групу інвалідності. Більше того, лікарі оперують медичною термінологією, яка зазвичай невідома правовим консультантам, а від кожного слова в діагнозі залежить можливість отримання тієї чи іншої групи інвалідності. Натомість часто від громадян можна було почути, що лікарі, на думку громадян, невірно зазначали діагноз або певні його особливості, що само по собі унеможливлювало надання певної групи інвалідності.

Водночас громадяни, консультуючись з юристом, мають можливість отримати саме юридичну допомогу, а не фахову консультаційну медичну діагностику.

До речі, суд теж не володіє спеціальними медичними знаннями, тому він переважно покладається на лікарів, а саме на медико-соціальну експертну комісію. Тому, коли громадяни оскаржують рішення медико-соціальної експертної комісії, суди переважно погоджуються з позицією саме МСЕКу, а не громадян. Зокрема, *у справі за позовом громадянина до Міжрайонної Медико-соціальної експертної комісії № 1 м. Донецька, третя особа — обласна Медико-соціальна експертна комісія № 6 м. Донецька про визначення групи інвалідності, позивач вважає рішення відповідача про не призначення йому інвалідності хибними та такими, що не відповідають дійсності, а також суперечать чинному законодавству України, оскільки підставою для встановлення інвалідності є стійкі, важкі функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або природженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в тому числі, до її непрацездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту; у зв'язку з чим позивач звертається до суду із позовними вимогами щодо зобов'язання Міжрайонної Медико-соціальної експертної комісії № 1 визначити групу інвалідності позивачу. Однак суд не погодився з позивачем, зазначивши, що медико-соціальна експертна комісія діяла відповідно до встановленої законом процедури. Інвалідність може встановлюватися тільки МСЕКом, який дійшов експертного професійного висновку, що в даному випадку немає підстав призначати інвалідність*. Саме тому суд відмовив у задоволенні позову, прикриваючи свою відмову відсутністю у суду відповідних медичних знань і цілком покладаючись на позицію лікарів[79]. Це непоодинокий випадок з судової практики, а лише один з багатьох рішень, які трапляються в Україні. Суд теж можна зрозуміти, оскільки він в силу об'єктивних обставин не володіє спеціальними медичними знаннями і може перевірити лише законність самої процедури проходження громадянином медико-соціальної експертизи, законність видачі відповідних довідок тощо, а у медичних питаннях суд цілком і повністю покладається на відповідних фахівців-медиків. Хоча інколи така позиція суду може слугувати захисту прав громадян. Так, *в іншій справі за позовом відділення виконавчої дирекції Фонду соціального страхування*

[79] Рішення Калінінського районного суду міста Донецька від 24 березня 2011 року // Єдиний державний реєстр судових рішень http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/16982177

від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України у місті Житомирі до Житомирської обласної медико-соціальної експертної комісії № 1 про виключення з акту огляду МСЕК потреби в трансплантації нирки суд відмовив у задоволенні позову, мотивуючи це тим, відповідно до медичного висновку Головного нефролога України, заочного висновку НДІ РІ м. Вінниці та консультативного висновку № 2148 державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності м. Дніпропетровськ стверджується, що прийняте рішення МСЕК про визначення громадянину групи інвалідності, трудового каліцтва є обґрунтованим[80]. Тобто в даному випадку відсутність спеціальних медичних знань у судді було на користь громадянина, оскільки суд, знову ж таки, довірився висновкам лікарів.

Замкнутість інвалідів та інших осіб, які звертаються до медико-соціальних експертних комісій, пасивність інвалідів

Значною проблемою є замкнутість інвалідів або інших осіб, які звертаються (зверталися) до медико-соціальних експертних комісій про встановлення певної групи інвалідності. Зокрема, з одного боку, ці особи прагнуть отримати правову допомогу і підтримку для успішного вирішення своїх питань, з другого боку, залишаються «закритими» і не повідомляють всі відомості, необхідні для отримання консультації. На нашу думку, ці особи не довіряють державі загалом (і державі в особі місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я, в особі медико-соціальних експертних комісій, в особі судів зокрема), не довіряють системі, в яку вони потрапили, вважаючи, що отримуючи консультацію, вони спілкуються з представниками держави, яка, на їх думку, не допомагала їм ніколи і не допоможе в майбутньому. Але причини, чому ж все-таки ці громадяни звертаються за правовою консультацією, полягають в тому, що вони бажають поділитися чи то з державою в особі будь-кого, чи то просто будь-з ким наявністю своєї проблеми зі здоров'ям, без подальшої конкретизації цієї проблеми через замкнутість. В окремих випадках громадяни ще мають надію на допомогу, проте через свою замкнутість вони не можуть отримати повної віддачі від консультанта, який, не володіючи всією інформацією, не має змоги надати повну вичерпну правову консультацію.

У багатьох випадках громадяни сприймають лікарську систему (в тому числі і діяльність медико-соціальних експертних комісій) такою, що не може

[80] Рішення Ємільчинського районного суду Житомирської області від 10.01.2011 р. // Єдиний державний реєстр судових рішень http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/15044633

бути змінена будь-ким іншим — ні завдяки їхнім особистим діям, ні завдяки діям юристів, ні завдяки діям будь-кого іншого.

Пасивність інвалідів — це ще одна проблема, яка полягає у пасивності щодо захисту своїх прав, пасивності щодо спроб реалізувати надані їм права, пасивності зробити хоча би щось, щоб права, які надані їм законом, залишалися не лише на папері.

Пасивність інвалідів, з одного боку, можна пояснити незнанням закону, незнанням своїх прав, незнанням процесуальної процедури захисту прав тощо. В тому числі інваліди зазвичай необізнані зі своїми правами у відносинах з медико-соціальними експертними комісіями. Цей фактор не є визначальним щодо загальної пасивності, проте певною мірою впливає на це. Ще одним чинником є невіра у перемогу, тобто відсутність надії на позитивний результат вирішення справи, пов'язаної з проходженням медико-соціальної експертизи. Така невіра у власні сили інколи пов'язана з реалізацією інших прав, під час якої громадяни мали певні труднощі і не могли їх подолати з певних суб'єктивних чи об'єктивних причин. Проте є також і частина громадян, які навіть не пробували боротися за свої права, наперед передбачаючи негативний результат. При цьому доволі часто такі песимістичні настрої були невиправдані. Інколи громадяни вже намагалися оскаржувати рішення медико-соціальних експертних комісій, але або не доводили справу до кінця (коли правота була на їх користь), або програвали спір, коли були самі не зовсім праві. Такі ж ситуації виникали у громадян і в інших медичних правовідносинах (під час лікування, під час медичних оглядів тощо). Лише активність щодо захисту прав дозволяє досягнути потрібного результату, який, зрештою, є лише об'єктивною констатацією фактичних обставин (а саме, коли захворювання в особи залишається, а відповідну групу інвалідності, яка стала наслідком цього захворювання, незаконно знімають або знижують).

Тобто у багатьох громадян переважає страх перед невідомим, тобто перед новими починаннями і невіра у власні сили. Як свідчать результати дослідження, *певна кількість громадян, які все-таки висловили бажання боротися за свої права, подолали страх до нового, пересилили себе і розпочали боротьбу за свої права. Однак деякі з них спочатку наважилися на таку ініціативу, а потім під час консультування постійно висловлювали сумніви щодо доцільності продовження боротьби за свої права, чекаючи від консультантів погодження «ходу назад» і зупинення процесуальних дій. Траплялися випадки і припинення самими громадянами процесів з медико-соціальними експертни-*

ми комісіями через страх, невіру в себе і в свої сили та не традиційність виявлення такої їхньої активності[81].

Варто звернути увагу, що пасивність інвалідів проявляється також в небажанні оскаржувати рішення медико-соціальних експертних комісій, хоча в багатьох випадках громадяни праві (звичайно, з медичної точки зору оцінки захворювань лікарі досить оціночно і суб'єктивно підходять до вирішення справи і складно заперечити фахово). Це пояснює невелику кількість судових справ. Більше того, громадяни не бажають оскаржувати рішення медико-соціальних експертних комісій навіть в адміністративному порядку до вищестоящих органів з причин, зазначених вище. Можливо, це можна пояснити небажанням багатьох громадян розголошувати відомості, які є лікарською таємницею, проте це не зовсім відповідає дійсності, оскільки активних громадян це не зупиняє.

Проблема реабілітації інвалідів, відсутність індивідуальної програми реабілітації

З проходженням медико-соціальної експертизи тісно пов'язаний процес наступної реабілітації інваліда. Варто відзначити, що саме медико-соціальні експертні комісії відіграють дуже важливу роль у цьому процесі. Насамперед від їх активності залежить перебіг реабілітаційного процесу для інваліда. Звичайно, не слід забувати і про можливості самого інваліда, проте реабілітація — це процес, в якому повинні активно діяти як інваліди, так і представники медико-соціальних експертних комісій. Необхідно звернути увагу на те, що законодавча база є досить хорошою для належної реабілітації, проте існують певні труднощі щодо практичної реалізації законодавчих положень. Ще у 2005 році Верховною Радою України був прийнятий Закон України «Про реабілітацію інвалідів». Однак, які положення містяться в даному акті і які переваги надає він особам неповносправним, ще й досі багато хто з цих осіб не знає. Загалом реабілітація інвалідів — це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство. Реабілітація інвалідів включає в себе: медичну, професійну, соціальну реабілітацію.

[81] Звіт «Правова допомога при проведенні медико — соціальної експертизи». Центр громадської адвокатури. — Видавництво: «Галицький друкар». — Львів, 2010. — С. 24.

Слід відзначити, що відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу на всі медико-соціальні експертні комісії покладається багато обов'язків, пов'язаних із реабілітацією. Медико-соціальна експертна комісія повинна видавати особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, довідку та індивідуальну програму реабілітації. Проте на практиці ніколи не складається індивідуальна програма реабілітації інваліда, при цьому аргументовано пояснити, чому склалася така практика, ніхто навіть не намагається. Для забезпечення системного підходу до організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, запровадження державних реабілітаційних стандартів і установлення контролю за якістю реабілітаційних послуг Кабінетом Міністрів України була прийнята Державна типова програма реабілітації інвалідів. Програма виконується шляхом складення індивідуальних програм реабілітації для інвалідів медико-соціальними експертними комісіями, для дітей-інвалідів — лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів. Обсяг реабілітаційних послуг, що надаються за індивідуальною програмою реабілітації інваліда та дитини-інваліда, не може бути менший від передбаченого Програмою.

Реабілітаційні послуги повинні надаватися інвалідам, дітям-інвалідам в установах і закладах системи реабілітації інвалідів. Крім того, держава повинна забезпечити розробку, виробництво, закупівлю технічних та інших засобів реабілітації, спеціального автотранспорту, виробів медичного призначення для соціальної адаптації, а також створювати умови для полегшення умов праці і побуту, спілкування інвалідів, дітей-інвалідів.

Однією зі складових системи реабілітації інвалідів є індивідуальна програма реабілітації інваліда, яка розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів для повнолітніх інвалідів — медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), а для дітей-інвалідів — лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів (ЛКК). Фактично, індивідуальна програма реабілітації інваліда — це комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку, місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей інваліда та дитини-інваліда.

Незрозуміло, чому не складається індивідуальна програма реабілітації, оскільки вона є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває інвалід,

дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності. Це дуже важливе положення, проте часто воно не застосовується на практиці, оскільки індивідуальна програма доволі часто не складається — нема відповідної правозастосовної практики і нема бюджетного фінансування на виконання цих програм. Індивідуальна програма реабілітації має для інваліда, дитини-інваліда рекомендаційний характер. Це означає, що інвалід або законний представник дитини-інваліда має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому. Особа самостійно вирішує питання про вибір та забезпечення конкретними засобами чи послугами реабілітації, включаючи засоби пересування, вироби медичного призначення, друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальну апаратуру, санаторно-курортне лікування тощо в межах його індивідуальної програми реабілітації.

Слід звернути увагу на те, що індивідуальна програма розробляється за участю інваліда чи законного представника дитини-інваліда фахівцями МСЕК або ЛКК із залученням у разі потреби спеціалістів закладів охорони здоров'я, органів соціального захисту, державної служби зайнятості, органів Пенсійного фонду України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, Фонду соціального захисту інвалідів та інших органів, які провадять діяльність у сфері реабілітації інвалідів.

Фінансування реабілітаційних заходів індивідуальної програми здійснюється за рахунок коштів, передбачених у державному та місцевих бюджетах на цю мету, та інших джерел. Проте, як вже неодноразово зазначалося, коштів на таке фінансування фактично немає, тобто всі органи влади, інші установи, які залучені до процесу реабілітації, часто не можуть виконувати вказівки медико-соціальної експертної комісії через відсутність коштів.

Судова практика стає на захист прав громадян, якщо не виконується індивідуальна програма реабілітації. Зокрема у справі *за позовом громадянина до управління праці та соціального захисту населення районної державної адміністрації про призначення, обчислення та виплату грошової компенсації при реалізації індивідуальної програми реабілітації інваліда в сумі 15 985 грн. 9 коп., позовні вимоги мотивовані тим, що її визнано інвалідом першої групи та видано індивідуальну програму реабілітації інваліда. У вказаному документі зазначено, що вона потребує медичної реабілітації у вигляді реконструктивної хірургії правого кульшового суглобу. Відповідно до пункту 1*

індивідуальної програми інваліда № 257, 21.05.2009 року позивачці надано послугу з реконструктивної хірургії, а саме: проведено реконструктивну хірургію правого кульшового суглобу у Вінницькій клінічній лікарні ім.Пирогова. Позивачка вважає, що дана послуга, у відповідності до чинного законодавства, повинна надаватись їй безоплатно, однак враховуючи складність, стан здоров'я вік та терміновість проведення операції, вказаний захід вона оплатила сама. Так, для здійснення заходу з медичної реабілітації (проведення операції з реконструктивної хірургії правого кульшового суглобу) позивачкою було придбано товари медичного призначення для проведення операції на суму 15 958,9 грн., а саме: цементний ендопротез «Віомет» на суму 15 100 грн., та інші товари медичного призначення на суму 858,9 грн. На звернення до управління праці та соціального захисту населення райдержадміністрації щодо отримання грошової компенсації, отримала відмову. Згідно ст. 27 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» грошові компенсації інвалідам, на дітей-інвалідів при реалізації індивідуальних програм реабілітації інвалідів виплачуються у випадках, коли передбачений індивідуальною програмою реабілітації інваліда і Державною типовою програмою реабілітації інвалідів засіб або послуга реабілітації, які повинні бути надані інваліду, дитині-інваліду безоплатно, не можуть бути надані чи якщо інвалід (законний представник дитини-інваліда) придбав відповідний засіб або оплатив послугу за власний рахунок. Враховуючи вищенаведене, суд вважає позовні вимоги позивача обґрунтованими, а позов таким, що підлягає задоволення[82].

Таким чином, у цій справі громадянка добилася не лише видачі їй індивідуальної програми реабілітації інваліда, а й її виконання, при чому в судовому порядку. Це яскравий приклад того, як треба боротися за свої права.

Варто відзначити, що представники органів влади теж виділяють ряд проблем, що пов'язані з процесом реабілітації. Зокрема, Положення про медико-соціальну експертизу ускладнило інвалідам процедуру отримання необхідних технічних засобів реабілітації, оскільки тепер для отримання технічних засобів реабілітації інвалід повинен отримати відповідний висновок лікарської консультативної комісії; облік інвалідів ведуть органи управління охорони здоров'я за формою, що затверджена МОЗ, яка до цих пір не розроблена та не має фінансового забезпечення; всі інваліди після 2007 року можуть отримати технічний засіб реабілітації тільки при наявності індивідуальної

[82] Рішення Ульянівського районного суду кіровоградської області від 01.07.2010 р. // Єдиний державний реєстр судових рішень http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/11598069

реабілітаційної програми, і тому особи, що стали інвалідами до 2007 року, повинні знову пройти МСЕК для отримання індивідуальної реабілітаційної програми, що збільшує навантаження на лікувально-профілактичні установи, ЛКК тощо. Інваліди-пенсіонери (похилого віку) також мають пройти МСЕК для отримання індивідуальної реабілітаційної програми. Посада реабілітолога є тільки в МСЕК, але його функції настільки багатогранні та насичені, що годі очікувати дійових результатів, тому і не дивно, що МСЕК весь час робить спроби перекинути на лікарів та на ЛКК хоч частково функції реабілітолога (наприклад — Протокольне рішення Ради у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів України від 06.05.2008 № 1 — щодо складання індивідуальної програми реабілітації ЛКК)[83]. Варто зазначити, що це поодинокий випадок надання певних коментарів представниками влади щодо ситуації з процесом реабілітації. Зазвичай влада намагається не зосереджувати увагу на цих процесах.

Також слід наголосити на створенні централізованого банку даних з проблем інвалідності (автоматизованої системи для визначення потреб інвалідів та дітей-інвалідів у засобах і послугах реабілітації), *основними завданнями якого є створення єдиної комплексної інформаційно-аналітичної системи обліку інвалідів та дітей-інвалідів; проведення аналізу та ведення обліку даних про реабілітаційні заходи, засоби і послуги реабілітації, які надаються інвалідам та дітям-інвалідам, а також визначення потреби у таких засобах і послугах; ведення реєстру реабілітаційних установ, недержавних установ та суб'єктів господарювання, що розробляють, виготовляють, реалізують, ремонтують технічні та інші засоби реабілітації, будинків-інтернатів, санаторіїв, загальноосвітніх та вищих навчальних закладів, територіальних центрів, установ та організацій громадських організацій інвалідів, підприємств, які забезпечують працевлаштування інвалідів. Операторами банку даних є органи виконавчої влади, що забезпечують його функціонування та ведення в межах своїх повноважень*[84]. Метою створення такого банку даних є узагальнення даних про характер і причини інвалідності, освітній і професійний рівень інвалідів, дітей-інвалідів, склад сім'ї, рівень доходів, потребу і забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, протезно-ортопедичними виробами, виробами медичного призначення, послугами реабілітації, спеціальним автотран-

---

[83] Сагун Г.І. Реабілітаційні можливості інваліда // Управління охорони здоровя м. Миколаїв. — 14.07.2011 р. http://gorzdrav.mk.ua/ststyi/610-2011-07-14-11-10-14

[84] Постанова Кабінету Міністрів України від 16.11.2011 р. № 121 «Про затвердження Положення про централізований банк даних з проблем інвалідності» // http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/121-2011-%D0%BF/conv

спортом, санаторно-курортним лікуванням тощо. Проте, чи вирішить це проблеми процесу реабілітації — на даний час невідомо.

Проблема доступності для інвалідів як щодо приміщень, де знаходяться медико-соціальні експертні комісії, так і щодо інших приміщень

Медико-соціальні експертні комісії проводять огляд (повторний огляд) осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, за місцем їх проживання або лікування, у тому числі за місцем тимчасового проживання у закладах соціального захисту для бездомних громадян та центрах соціальної адаптації осіб, звільнених з місць позбавлення волі, за направленням відповідного лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після пред'явлення паспорта чи іншого документа, що засвідчує особу.

У разі коли особа, що звертається для встановлення інвалідності, не може з'явитися до комісії за станом здоров'я згідно з висновком лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу, огляд проводиться вдома, у тому числі за місцем проживання у стаціонарних установах для інвалідів та людей похилого віку, установах тимчасового проживання у закладах соціального захисту для бездомних громадян та центрах соціальної адаптації осіб, звільнених з місць позбавлення волі, або в стаціонарі, де вона перебуває на лікуванні. В окремих випадках, зокрема, коли особа, що звертається для встановлення інвалідності, проживає у віддаленій, важкодоступній місцевості, члени комісії можуть приймати рішення за її згодою заочно на підставі поданих документів.

Варто зазначити, що на практиці нерідко виникають проблеми із застосуванням вищезазначеного положення. Зокрема, першою проблемою є відсутність фінансування з боку держави на проведення виїзних оглядів, а саме не виділяються кошти на пальне для автомобільного транспорту, відсутність такого транспорту загалом тощо.

Другою проблемою є, очевидно, небажання самих комісій (їх окремих представників) здійснювати виїзди за межі лікарень. Натомість громадяни, які нерідко страждають на захворювання, що фактично унеможливлюють можливість прибуття в лікарню для огляду, не можуть самотужки або навіть із сторонньою допомогою добратися до лікарів на огляд. Іншою проблемою є відсутність належного доступу для інвалідів (інвалідів-візочників, інвалідів з іншими фізичними вадами) до приміщень, в яких діють медико-соціальні експертні комісії. Зокрема, зазвичай вони знаходяться на другому-третьому поверсі лікарень (інших медичних закладів), в яких немає ліфтів або є ліфт,

в який інвалідський візок не поміститься, а круті сходи є зовсім не пристосовані для підняття по них інвалідів.

Зрештою, як добратися до кабінету МСЕК в приміщенні лікарні стає ще більшою проблемою, ніж добратися до самої лікарні по місту чи з іншого населеного пункту. Крім того, зазвичай в лікарнях відсутній спеціальний персонал, який би допомагав інвалідам добратися до відповідного кабінету. Варто згадати і про всі пороги, двері та інші місця входу в лікарні, які є зовсім не пристосованими для доступу інвалідів до лікарень.

Навіть кілька років тому в одній із областей центральної України медико-соціальній експертній комісії довелося здійснювати огляд пацієнта-візочника на сходах (між другим та третім поверхами лікарні), бо в ліфт візок не поміщався, а по сходах, які були досить незручними для транспортування, було складно підняти візок з пацієнтом. Такі випадки є непоодинокими, проте їх рідко висвітлюють у пресі[85].

На перший погляд, лікарня ні при чому, оскільки ці лікарські заклади діють впродовж десятків років і ніколи цю проблему ніхто не піднімав. Подруге, держава не фінансує лікарні належним чином (мова йде про медикаменти, обладнання, врешті-решт, заробітна плата лікарів тощо), то звідки візьмуться гроші на покращення доступу інвалідів до цих закладів.

Тому в першу чергу слід «подякувати» бездіяльності держави, яка або не зацікавлена в покращенні такого доступу, або не вважає це пріоритетом у свої діяльності. Проте закордоном про це навіть не йде мова, жодних проблем в жодній установі щодо доступу інвалідів до них (магазини, метро, лікарні тощо) немає.

Держава створила такі умови для інвалідів, за яких вони себе практично не відчувають особами з обмеженими можливостями, оскільки ці можливості (в транспорті, в будівлях різного роду тощо) є такими ж, як і для пересічних громадян, а бодай згадка про особу, що вона є інвалідом, вважається дискримінацією і може потягнути за собою звернення до суду з вимогою відшкодувати моральну шкоду, заподіяну такою поведінкою. В Україні все навпаки — жодних умов для інвалідів, жодних з боку держави, щоб хоча би щось зміни та в плані доступності. Вирішенням цієї проблеми може бути подання позовів до суду до конкретних установ з вимогами про забезпечення доступності з посилання на норми міжнародного та національного законодавства

[85] Недоторканість МСЕК поставив під сумнів губернатор // Буковинські новини. 28.06.2009. — http://buknews.com/nedotorkannist-msek-postavyv-pid-sumniv-hubernator.htm

про основи соціальної захищеності інвалідів. Проте навіть представники численних установ, до яких звернуться з позовами інваліди, можуть знайти безліч заперечень в суді з посиланням на чинні будівельні норми (яких, до речі, навіть немає у відкритому доступі), які унеможливлюють проведення реконструкцій, перепланувань будівель тощо з урахуванням потреб інвалідів.

Або навіть за наявності рішення суду на користь інваліда знайдуть безліч причин його не виконувати (через відсутність бюджетного фінансування, через невміння, через звичайне небажання тощо).

Показовим в цьому плані є кілька рішень судів. Зокрема, рішенням *Новозаводського районного суду м. Чернігова було задоволено позов, яким було зобов'язано банківську установу забезпечити доступ інвалідів до банкоматів (для отримання пенсії), які знаходилися у незручних місцях з незручним доступом для інвалідів. А саме інвалід звернувся до суду з позовною заявою до Відкритого акціонерного товариства «Райффайзенбанк Аваль» про відшкодування моральної шкоди та зобов'язання вчинити дії. Свої вимоги мотивували тим, що він є інвалідом I групи загального захворювання, на інвалідному візку, отримує пенсію за інвалідністю та заробітну плату через банкомати «Райфайзенбанку Аваль». Щоб отримати грошові кошти звертається за допомогою до перехожих людей, щоб допомогли йому дістатися банкомату, так як банкомати не мають спеціального доступу (пандусів). Неодноразові звернення позивача до директора «Райфайзенбанку Аваль» та керівників філій в м. Чернігові не принесли ніякого зрушення в цьому питанні. Таким чином, інваліду було задано моральної шкоди, яка полягає в постійних емоційних страждання загостренню хронічних захворювань, приниженні честі та гідності, пов'язані із неможливістю самостійно отримувати грошові кошти через банкомати в місті Чернігові. Звертаючись до суду позивач просить зобов'язати Відкрите акціонерне товариство «Райффайзенбанк Аваль» створити умови для безперешкодного доступу інвалідів до банкоматів та приміщень ВАТ «Райффайзенбанк Аваль» у м. Чернігові, та банкоматів, які розташовані у приміщеннях, належних ВАТ «Райффайзенбанк Аваль» на праві власності у м. Чернігові, відповідно до Державних будівельних норм України, стягнути з відповідача на користь позивача моральну шкоду в сумі 5 000 грн. та судові витрати. Суд задовольнив цей позов у повному обсязі. Проте апеляційна інстанція це рішення суду скасувала керуючись тим, що не всі банкомати знаходяться у приміщеннях, що належать на праві власності банку, крім того, цей інвалід неодноразово отримував пенсію через банкомат, який знаходиться доволі далеко від місця проживання інваліда і саме цей банкомат*

є необлаштованим для інвалідів, що свідчить про відсутність проблеми з доступом до цього банкомату збоку інваліда.

Отже, замість виконання рішення суду банківська установа подала апеляцію і виграла справу, знайшовши відповідні «лазейки» в чинному законодавстві України, і інваліди знову залишилися ні з чим (ознайомитися з рішеннями судів можна в єдиному державному реєстрі судових рішень www.reyestr.court.gov.ua, справа № 2-2797/08, справа № 22ц-201/2009).

В іншому *позові, який був пред'явлений інвалідом до органів внутрішніх справ, що не забезпечили можливість явки особи в райвідділ (особа на інвалідському візку не змогла потрапити до райвідділу), теж було відмовлено. Зокрема, в грудні 2005 року позивач звернувся в суд з позовом до Новогродівського МВ УМВС України в Донецькій області про доступ до об'єктів соціальної інфраструктури, відшкодування матеріальної та моральної шкоди, посилаючись на те, що у зв'язку з порушенням відносно нього кримінальної справи йому прийшлося відвідувати приміщення відповідача. Але доступ до даного об'єкта, йому як інваліду, відсутній у зв'язку з вузьким входом в приміщення, наявності порога та бетоного бордюру до тротуару. При останньому відвідуванні приміщення відповідача прийшла в непридатність його інвалідна малогабаритна коляска КМ. Незаконністю порушення кримінальної справи, порушенням ведення слідства, відсутністю доступу до міліції йому завдано матеріальну шкоду у вигляді вартості коляски, вартості бензину за чотири поїздки до відповідача та 3-х конвертів рекомендованих листів та моральну шкоду. Просив визнати неправомірною бездіяльність відповідача в обладнанні доступу інваліду-колясочнику до приміщення міліції та паспортної служби, зобов'язати відповідача обладнати доступ до цих приміщень. Проте суд, керуючись ч. 3 ст. 27 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», де зазначено, що фінансування заходів по створенню умов для безперешкодного доступу інвалідів до жилих і інших будівель, здійснюється за рахунок коштів місцевого бюджету, а також підприємств, установ і організацій, які не мають можливості пристосувати свої об'єкти для інвалідів, а також тим, що відповідач є озброєним режимним підрозділом державної влади, і питання доступу інвалідів врегульовано обладнанням переносного пандуса та іншим способом при зверненні інваліда до чергового міськвідділу міліції, відмовив у задоволенні позову* (справа № 22-1365-а/2006 рік, єдиний державний реєстр судових рішень www.reyestr.court.gov.ua).

Таким чином, держава в особі органів внутрішніх справ не створила жодних умов для інваліда, якого безпідставно обвинувачували (навіть якщо

б були підстави, це не має жодного значення) у вчиненні злочину, щодо можливості потрапити до райвідділу та скористатися своїми правами, наданими йому Кримінально-процесуальним кодексом України. При цьому суд не заступився за інваліда. Отже, про доступність інвалідів до органів влади, банків, медичних установ годі й говорити.

В разі подання відповідних позовів до МСЕКів, до лікарських установ, в яких діють МСЕКи, ситуація не зміниться — справи тягнутимуться роками, рішення суду передбачити складно, і ще складніше вести мову про виконання рішення суду (звичайно, лише в разі позитивного вирішення справи).

При цьому формально-юридичний підхід, яким керувався суд (очевидно, ще буде керуватися не в одній справі), є по суті правильним з точки зору законознавства, проте є цілком неправомірним з точки зору прав людини і дії принципу верховенства права, який передбачено в Конституції України.

Крім того, вже також слід застосовувати і положення міжнародно-правових актів, зокрема відповідно до *ст. 9 Конвенції про права інвалідів* щоб надати інвалідам можливість вести незалежний спосіб життя й усебічно брати участь у всіх аспектах життя, держави-учасниці вживають належних заходів для забезпечення інвалідам доступу нарівні з іншими до фізичного оточення, до транспорту, до інформації та зв'язку, зокрема інформаційно-комунікаційних технологій і систем, а також до інших об'єктів і послуг, відкритих або таких, що надаються населенню, як у міських, так і в сільських районах. Ці заходи, які включають виявлення й усунення перепон і бар'єрів, що перешкоджають доступності, повинні поширюватися, зокрема: a) на будинки, дороги, транспорт й інші внутрішні та зовнішні об'єкти, зокрема школи, житлові будинки, медичні установи та робочі місця; b) на інформаційні, комунікаційні та інші служби, зокрема електронні служби та екстрені служби.

Але можна, для прикладу, обдумати і перенести кімнати, де засідає МСЕК, на перші поверхи будівель. Проте зазвичай МСЕКи є залежними від лікарень (поліклінік), в яких лише орендують приміщення для своєї діяльності. З невідомих причин ні управління охорони здоров'я, ні самі лікарні (поліклініки) навіть не намагаються вирішувати ці питання з користю для інвалідів — діє МСЕК, а це вже добре. Але ніхто не звертає уваги, в яких умовах діє МСЕК і чи може інвалід бодай потрапити на огляд до медико-соціальної експертної комісії.

Доступність МСЕКів (як зрештою і будь-яких інших лікарських установ) для інвалідів залишається значною проблемою. Проте цю проблему слід вирішувати комплексно на рівні держави, спланувавши покращення доступності

для інвалідів в усіх сферах життєдіяльності. Непогано було б, якщо почали з медичних установ.

Низька поінформованість інвалідів про правові способи захисту та недосконала судова практика щодо захисту прав інвалідів.

Громадяни, в яких виникає необхідність звернутися до медико-соціальних експертних комісій, не знають ні своїх прав, ні порядку їх реалізації, ні способів їх захисту. Зокрема, громадяни не знають, як саме вони можуть спробувати захистити свої порушені права (на їх думку) у взаємовідносинах з медико-соціальними експертними комісіями. Питання щодо порядку оскарження рішень медико-соціальних експертних комісій було поставлено громадянами досить часто, більше того, у громадян виникали і інші питання — чи можна взагалі оскаржити рішення медико-соціальних експертних комісій, а якщо можна — то куди. Проте вражає інше — небажання багатьох громадян дізнатися більше про способи і порядок захисту.

Також існують процесуальні труднощі. Це підтверджується і судовою практикою, зокрема, у Львівській області адміністративним судом було розглянуто кілька справ, в яких йшлося про оскарження рішень (дій, бездіяльності) медико-соціальних експертних комісій. Проте судом було закрито провадження по справі, оскільки дана категорія справ підлягає розгляду не в порядку адміністративного, а цивільного судочинства.

Інваліди не володіють спеціальним знаннями щодо судового захисту. Вищенаведені справи є непоодинокими і відображають загальну тенденцію незнання інвалідами своїх прав.

Хоча інваліди фактично позбавлені інформації про те, що собою являє медико-соціальна експертна комісія. Цю інформацію знайти в принципі неможливо. А особливо для осіб, яким складно пересуватися та які, зазвичай, обмежені в інформаційних ресурсах. Загалом, про що вже йшлося вище, медико-соціальні експертні комісії не є відкритими для громадськості, тому не лише інваліди, а й інші громадяни не мають можливості з'ясувати — який правовий статус медико-соціальної експертної комісії: чи це орган влади, чи це державне, чи комунальне підприємство. А від цього залежить те, в який саме суд слід звертатися для захисту свого права. Як бачимо, лише в суді під час розгляду справи можна з'ясувати ці моменти. А пересічні громадяни, які не дійдуть до цього етапу захисту свого права, і надалі не знатимуть, що собою являє медико-соціальна експертна комісія.

Наступною проблемою є загалом не дуже позитивна судова практика у справах, що стосується захисту прав інвалідів у взаємовідносинах з медико-соціальними експертними комісіями. Позитивні рішення трапляються вкрай рідко, переважно тоді — коли йдеться про встановлення певного факту, який має юридичне значення (наприклад, факту каліцтва), і є передумовою встановлення групи інвалідності чи її причини.

Наприклад, в одній судовій справі суд відзначив, що *медико-соціальна експертна комісія визнає, що вона не розробила індивідуальну програму реабілітації інваліда та погодилася розробити її після судового процесу. Це ще раз свідчить про те, що хоча Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» і передбачає обов'язкове складання такої програми реабілітації, на практиці медико-соціальні експертні комісії не завжди виконують цю вимогу закону, а обмежуються одним реченням у довідці, яку видають за результатами проведеного огляду.*

Інша справа яскраво ілюструє *ще одну проблему, з якою стикаються громадяни, проходячи медико-соціальну експертизу, — ненадання довідок, рішень, інших документів, які повинні надавати медико-соціальні експертні комісії. Як свідчить практика, громадяни часто скаржаться на те, що медико-соціальні експертні комісії ніколи не пояснюють свого рішення про відмову в наданні певної групи інвалідності. Представники медико-соціальних експертних комісій лише констатують — чи людина є інвалідом чи ні, але не надають громадянам жодних документів, в яких би ця відмова була мотивованою.* Така ж ситуація трапляється і з наданням інших документів, що повинні видаватися медико-соціальними експертними комісіями — різного виду довідки. Насправді, ця проблема є значною. Оскільки громадяни фактично позбавлені можливості оскаржити рішення медико-соціальних експертних комісій, бо вони не мають цього рішення в письмовій формі, відповідно мотивація медико-соціальних експертних комісій теж невідома для громадян. Інколи трапляються судові справи, в яких йдеться не про оскарження рішення медико-соціальних експертних комісій, а про зобов'язання медико-соціальних експертних комісій надати відповідь, розглянути і надати письмове рішення по суті спору (присвоєння певної групи інвалідності) тощо.

Також трапляються судові справи про встановлення факту каліцтва для зміни причин інвалідності, що в подальшому впливатиме на розмір соціальних виплат. Зокрема, варто відзначити, що медико-соціальні експертні комісії часто відмовляють у зміні причин інвалідності, мотивуючи це неможливістю встановити причинний зв'язок між воєнними діями, які нерідко були 40, 50

або 60 років тому, отриманим в ті роки каліцтвом, та наслідками, які є на даний час. Тому громадянам доводиться в судовому порядку окремого провадження в рамках цивільного судочинства встановлювати факт каліцтва, що спричинив у подальшому розлади здоров'я, що є причиною інвалідності. Судова практика знову ж таки є неоднозначною, проте здебільшого суди приймають рішення на користь громадян. З одного боку, те, що такі справи розглядаються в порядку окремого провадження, виключає оскарження рішення медико-соціальних експертних комісій про відмову у присвоєнні інвалідності певної групи чи інвалідності, зумовленої певними подіями, і медико-соціальні експертні комісії не беруть участі в розгляді справи в якості відповідача. Проте суди часто залучають медико-соціальні експертні комісії в процес як заінтересовану особу, що фактично робить з медико-соціальної експертної комісії відповідача, який заперечуватиме позицію громадянина. Наприклад, одна з таких справ розглядається на Львівщині в одному з районних судів (*громадянка, яка у 1968 році проходила військову службу в діючій армії в Чехословаччині і отримала там поранення, має значні проблеми зі здоров'ям. Однак факт самого поранення не було внесено до жодних документів. Оскільки громадянка є учасником бойових дій, то в лютому 2006 року звернулася до лікарні для проходження огляду на предмет зміни категорії інвалідності на «інвалід війни». Львівською Обласною МСЕК № 3 їй було відмовлено, оскільки немає підтверджуючих документів про те, що дане поранення громадянка отримала під час проходження служби, а також тому, що залишкові явища громадянку не інвалідизують*).

Недосконалі механізми адміністративного захисту прав осіб, які проходять медико-соціальну експертизу

Крім судового способу захисту передбачено також і адміністративний порядок оскарження рішення медико-соціальних експертних комісій. Проте громадяни не часто доводять до кінця своє бажання оскаржити рішення медико-соціальних експертних комісій до вищестоящого органу влади. Загалом громадянам в принципі невідомо, що собою являють медико-соціальні експертні комісії. Зокрема, як вдалося встановити, обласний Центр медико-соціальної експертизи дійсно є юридичною особою та підпорядковується управлінню охорони здоров'я відповідної обласної державної адміністрації, проте водночас є державним медичним закладом, що здійснює медико-соціальну експертизу населення, сприяє проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, пристосуванню їх до

суспільного життя тощо. Інші медико-соціальні експертні комісії (районні) є підрозділами обласного центру медико-соціальної експертизи. Тому оскаржити рішення районних медико-соціальних експертних комісій можна до обласного центру медико-соціальної експертизи, а його рішення до управління охорони здоров'я відповідної обласної державної адміністрації або до відділу медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України. Проте про такий порядок часто (у більшості випадків) громадяни просто не знають, також вони не володіють інформацією ні про форму скарги, ні про строки оскарження, ні про інші важливі для оскарження обставини. Значно ускладнює процедуру оскарження відсутність письмових рішень місцевих медико-соціальних експертних комісій, оскільки громадянам невідомі мотиви прийняття рішення, його обґрунтування.

Також варто відзначити, що обласні Центри медико-соціальної експертизи переважно відмовляються надавати інформацію про кількість оскаржуваних рішень як до них як до вищестоящої інстанції, так і кількість рішень обласного Центру медико-соціальної експертизи, які були оскаржені до управління охорони здоров'я відповідної обласної державної адміністрації або до відділу медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України. Хоча те, що такі рішення є, — беззаперечний факт, про що згадують самі громадяни-скаржники та представники медико-соціальних експертних комісій.

Відсутність сприяння влади у вирішенні питань, пов'язаних з проходженням медико-соціальної експертизи та подальшою реабілітацією

Варто відзначити, що влада (органи державної влади, органи місцевого самоврядування) не особливо може вирішувати багато питань, що пов'язані з проходженням медико-соціальної експертизи, покращенням доступності інвалідів до закладів, де засідають медико-соціальні експертні комісії, до лікувальних установ, до інших будівель та споруд. Це пов'язано насамперед з бюджетним фінансуванням, краще сказати, з його відсутністю. Проаналізувавши Закон України «Про державний бюджет на 2011 рік» можна навести наступні суми, що виділяються на потреби, пов'язані з діяльністю медико-соціальних експертних комісій, з реабілітацією інвалідів тощо:

— Фізкультурно-спортивна реабілітація та спорт інвалідів — 97 341,0 тис. грн.
— Соціальна, трудова та професійна реабілітація інвалідів, видатки на створення Національного центру параолімпійської і дефлімпійської

підготовки та реабілітації інвалідів та Західного реабілітаційно-спортивного центру — 170 120,0 тис. грн.

— Відновлювального лікування — 10 000,0 тис.грн.
— Спеціалізована протезно-ортопедична та медично-реабілітаційна допомога інвалідам у клініці Науково-дослідного інституту протезування, протезобудування та відновлення працездатності — 9 505,1 тис. грн.
— Забезпечення окремих категорій населення України технічними та іншими засобами реабілітації — 361 400,0 тис.грн.

Таким чином, близько 650 млн. грн. передбачено в бюджеті на 2011 рік (для порівняння на 2010 р. у держбюджеті було закладено близько 500 млн. грн. на ці ж видатки) на заходи щодо реабілітації інвалідів, створення відповідних реабілітаційних центрів тощо. З одного боку сума є немалою, проте за свідченнями представників громадських організацій інвалідів неповносправні не відчувають покращення щодо здійснення індивідуальної реабілітації впродовж останніх років. Видається, що закладені в бюджеті кошти йдуть на підтримку функціонування реабілітаційних центрів. Водночас окремим рядком також фінансується забезпечення окремих категорій населення України технічними та іншими засобами реабілітації. Проте якщо розподілити цю суму на кількість адміністративно-територіальних одиниць України, виявиться, що на одну область припадає близько 14 млн. грн. Враховуючи те, що один протез може вартувати 500 тис. грн., сума, закладена на одну область, є незначною. Для прикладу, у справі за позовом інваліда (громадянина М.) до Львівської залізниці судом було встановлено, що вартість протезу (протез частини ноги) становила 558 936 грн[86].

Невелика кількість фахівців, які можуть допомогти особам, які проходять медико-соціальну експертизу, комплексно (правове консультування, інформаційне консультування, лікарське консультування тощо)

Громадяни позбавлені можливості отримати консультацію (правову, інформаційну, лікарську), пов'язану з проходженням медико-соціальної експертизи та подальшою реабілітацією. Громадяни скаржаться на відсутність приймалень, інших фахівців, у тому числі в органах влади, які надають такі

[86] Рішення Галицького районного суду м. Львова у справі за позовом громадянина до Львівської залізниці про відшкодування матеріальної та моральної шкоди // http://reyestr.court.gov.ua/Review/13078287

послуги, в тому числі платні. Частина громадян висловлює готовність оплачувати надання фахових послуг, проте більшість, все-таки, скаржиться також на низьку фінансову спроможність отримувати такі послуги.

Знову ж таки, хоча на медико-соціальні експертні комісії і покладається обов'язок проводити інформаційно-роз'яснювальну роботу серед громадян, проте ця робота практично не проводиться, а громадяни відповідно не мають до кого звернутися за відповідною консультацією. Саме медико-соціальні експертні комісії повинні надавати громадянам як правові консультації, пов'язані з проходженням медико-соціальної експертизи, так і фахові лікарські, проте на даний час цього не відбувається.

У зв'язку з цим громадяни нерідко сприймають неурядові організації, які надають правову допомогу у справах щодо вирішення конфліктів, які виникають під час проходження медико-соціальної експертизи, як певний вищестоящий орган по відношенню до медико-соціальних експертних комісій або як орган, який теж встановлює інвалідність. Це свідчить про те, що громадяни не мають звідки отримувати необхідну для них інформацію, пов'язану з проходженням медико-соціальної експертизи.

Загалом за результатами моніторингу приміщень, де розміщуються медико-соціальні експертні комісії (районні, обласні) виявлено відсутність необхідної інформації в цих приміщеннях, за винятком обласних медико-соціальних експертних комісій, в приміщеннях яких містилася хоча б певна мінімальна інформація для громадян.

Відсутність інформації про хабарництво під час проходження медико-соціальної експертизи

Слід зазначити, що протягом останнього року не було зафіксовано жодного випадку вимагання хабара представниками медико-соціальних експертних комісій. Варто відзначити, що незважаючи на певну інформаційну закритість медико-соціальних експертних комісій, окремі з них декларують готовність співпрацювати з громадськістю щодо подолання фактів корупції в діяльності місцевих медико-соціальних експертних комісій. Проте громадяни практично не звертаються з такими заявами. Причин цього, очевидно, є кілька. По-перше, є певна кількість громадян, які, не маючи права на присвоєння певної групи інвалідності, намагаються знайти інші шляхи прийняття рішення на їх користь. По-друге, є громадяни, які намагаються знайти причини, чому медико-соціальні експертні комісії прийняли неприйнятне для них рішення. По-третє, громадяни не дбають про доказову базу у таких справах.

Все це і зумовлює відсутність доказів щодо фактів хабарництва представниками медико-соціальних експертних комісій. Проте заслуговує на позитивну оцінку готовність представників медико-соціальних експертних комісій долати це явище.

Загалом громадяни здебільшого тільки говорять про хабарі в діяльності медико-соціальних експертних комісій, проте ніхто не хоче доводити справу до кінця, навіть, краще сказати, ніхто не бажає розпочати справу про хабарництво. А це породжує більше запитань, ніж відповідей. Перш за все, чому громадяни не хочуть ініціювати такі справи, в чому причина такої поведінки, і чи дійсно медико-соціальні експертні комісії винні у ситуації, що склалася з неприсвоєнням певної групи інвалідності.

Як висновок, можна констатувати, що, можливо, є факти хабарництва у діяльності медико-соціальних експертних комісій, але громадяни, які давали хабар, не бажають поширювати таку інформацію. Натомість і в інших випадках, про які вже йшлося вище, громадяни з певних причин не горять бажанням давати хід справам про хабарництво, що свідчить про вину самих громадян у таких діях.

У засобах масової інформації теж практично не висвітлюють проблему хабарництва у медико-соціальних експертних комісіях, обмежуючись здебільшого коментарями та констатацією фактів, натомість можна було би надати певний резонанс таким справам[87].

Низька активність преси у висвітленні всіх вищепередбачених проблем, пов'язаних з діяльністю медико-соціальних експертних комісій та процесом реабілітації

Варто відзначити, що всі вищеперелічені проблеми існують лише у свідомості громадян і не висвітлюються у засобах масової інформації, відсутні коментарі, журналістські розслідування тощо. Тобто існує інформаційний вакуум щодо поширення відомостей про проблеми, пов'язані з діяльністю медико-соціальних експертних комісій та процесом реабілітації.

Питання в тому — чому має місце така ситуація, чому засоби масової інформації не заінтересовані у піднятті проблем, які накопичилися в цій сфері.

---

[87] Прокуратура скерувала до суду кримінальну справу проти працівників Львівського МСЕК // Газета «ВГОЛОС». — 08 липня 2011р. http://vgolos.com.ua/zhyttya/news/99.html ; Губернатор: «Я не можу емоційно, як канал 1+1, давати оцінку працівникам» // Інформаційне агентство «Новини України» . http://novyny.invivio.net/info/8350/20. На Кіровоградщині викрили медиків, які за хабар у 10 тис. «малювали» безстрокову групу інвалідності // Новини Кіровограду. http://novosti.kr.ua/index.php?cat=5&catop=list&newsID=3839&newsop=select&page=138

Вузькоспеціалізовані видання (наприклад, всеукраїнський часопис для інвалідів «Благовіст») періодично публікують статті з даних проблем. Проте інші ЗМІ, в тому числі веб-ресурси, практично не висвітлюють дану проблематику. Хоча, як бачимо, проблем у цій сфері є більш, ніж достатньо, і за умови висвітлення їх у пресі, надання їм публічності, розголосу, зосередження уваги на певній проблемі, вирішення багатьох з не забарилося б.

Можливо, преса не знає про ці проблеми, а, можливо, просто не цікаво їх висвітлювати. Однак після комунікації з представниками медіа було встановлено, що інтерес до опису цих проблем є, проте немає обізнаності з проблемними питаннями, які в принципі виникають під час проходження медико-соціальної експертизи та подальшої реабілітації інвалідів.

Варто відзначити, що про всі ці проблеми знають представники медико-соціальних експертних комісій, представники органів влади (сфера охорони здоров'я), представники інвалідських організацій. Водночас вони теж не відзначаються активністю в поширенні цих відомостей через засоби масової інформації.

Тобто спостерігається загальна пасивність в поширенні інформації про медико-соціальну експертизу, про проблеми, які існують на практиці та пов'язані з нею.

Таку пасивність слід долати, оскільки суспільство залишається непоінформованим про те, що відбувається у сфері діяльності медико-соціальних експертних комісій.

Рекомендації

1. Покращувати правову обізнаність громадян, які звертаються до медико-соціальних експертних комісій за встановленням групи інвалідності, шляхом проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи медико-соціальними експертними комісіями, неурядовими організаціями та засобами масової інформації.
2. Підвищувати роль засобів масової інформації у висвітленні проблем, які стосуються взаємовідносин громадян і медико-соціальних експертних комісій.
3. Підвищувати роль суду у захисті прав громадян у взаємовідносинах громадян і медико-соціальних експертних комісій.
4. Посилювати діяльність правоохоронних органів у виявленні фактів хабарництва представниками медико-соціальних експертних комісій.

5. Сприяти неурядовим організаціям, юристам у здобутті необхідних фахових знань у галузі медичного права з метою надання належного рівня правових консультацій громадянам, які звертаються до медико-соціальних експертних комісій.
6. Збільшувати фінансування з державного бюджету витрат, пов'язаних з реабілітацією інвалідів.
7. Посилити контроль за складанням медико-соціальними комісіями індивідуальних програм реабілітації інваліда.
8. Посилити доступність закладів, де функціонують медико-соціальні експертні комісії, для вільного доступу до них осіб з обмеженими фізичними можливостями.
9. Посилити публічність (відкритість) діяльності медико-соціальних експертних комісій шляхом оприлюднення інформації про їх діяльність на офіційних веб-сайтах органів державної влади, яким підпорядковуються медико-соціальні експертні комісії, на інформаційних стендах, у місцевих та загальнодержавних засобах масової інформації.
10. Сприяти прозорості процедури проходження медико-соціальної експертизи громадянами.

Розділ 7

Роми — доступ до медичних послуг[88]

Загальновідомим фактом є те, що точної статистики щодо ромського населення фактично в усіх країнах Європи, в тому числі і в Україні, немає. У 1989 році, згідно з даними перепису населення в СРСР, в Україні мешкали 47 915 ромів відповідно до загальної кількості населення — 52 000 000. Таким чином, у 1989 році роми складали приблизно 0,9% від загального числа українського населення. У 2001 році за даними всеукраїнського перепису населення, було встановлено, що за 12 років частка ромського населення склала орієнтовно 47 587 осіб на противагу загальній кількості населення в Україні приблизно 47 000 000.

Найбільша кількість ромів, відповідно до даних перепису 2001 року, проживають в Закарпатській області (14 004 осіб), Донецькій області (4 106), Дніпропетровській області (4 067), Одеській області (4 035), Харківській області (2 325), Луганській області (2 284) та Автономній Республіці Крим (1 896). В деяких регіонах, таких, як Закарпаття на заході країни, згідно з офіційними даними роми складають 3% населення. Проте численні дослідження наполягають на тому, що справжнє число ромів є набагато більшим. Згідно з даними Національної Академії Наук України, це число складає близько 200 000, тоді як низка ромських організацій, які співпрацюють з ERRC (Європейським Центром Прав Ромів), наполягають на ще більшій кількості — орієнтовно 300 000 осіб[89].

Основне число ромів в Україні живе в умовах надзвичайної бідності з мінімальним доступом до основних соціальних послуг. Хоча спеціально-

---

[88] Розділ підготовлено Наталією Козаренко, Анною Мартинюк, Херсонський обласний Фонд милосердя та здоров'я.

[89] Державний комітет статистики України, Всеукраїнський перепис населення у 2001 році: http: //www.ukrcensus.gov.ua/g/d5_other.gif.

етнічні дослідження є недостатніми і невичерпними, існують очевидні ознаки того, що більшість українських ромів живуть у бідності, а іноді — в екстремальній скруті. Дослідженням 2003 року, здійсненим Інститутом соціальних досліджень України, встановлено, що майже 60% респондентів-ромів «ледве зводять кінці з кінцями, їм не вистачає грошей навіть на задоволення базових потреб»[90].

Бідність в Україні — суттєва перешкода для отримання якісної медичної допомоги незалежно від національності пацієнта. Але на відміну від інших українців, які також потерпають від бідності, роми часто стають жертвами упередженого ставлення і расової дискримінації, які позбавляють їх фундаментальних прав людини та обмежують і без того невеликий доступ ромів до будь-яких соціальних, у тому числі, медичних послуг. Окрім того, не врахування вікових традицій ромів, ромського способу життя при розробці державних програм надання медичної допомоги стає на заваді наданню якісної медичної допомоги.

Внаслідок дискримінаційних відмов оглядати і лікувати ромів, так само як і з причин, зазначених вище, стан здоров'я більшості ромів гірший, ніж у представників неромської громади. Стан здоров'я, включаючи серцево-судинні захворювання, стреси та інфекційні хвороби, зокрема туберкульоз, поширені явища в ромській громаді, і немає жодної ефективної державної політики, яка була би покликана змінити таку ситуацію.

Активна позиція міжнародних організацій, і Ради Європи, зокрема, стосовно положення ромів у сучасному суспільстві, знайшла відображення в міжнародно-правових актах, якими є рекомендації та резолюції Комітету міністрів та Парламентської асамблеї Ради Європи державам-членам: рекомендації Rec(2001)17 та Rec(2005)4 стосовно поліпшення економічної ситуації та працевлаштування ромів та кочівників в Європі, Rec(2008)5 стосовно державних політик щодо ромів та кочівників в Європі, № 1557(2002) про правову ситуацію ромів в Європі, № 1924 (2010) про ситуацію ромів в Європі та відповідну діяльність Ради Європи. Окрема рекомендація Rec(2006)10 від 12 липня 2006 р. присвячена обов'язку держав забезпечити якнайліпший доступ ромів до послуг в сфері охорони здоров'я.

У 2008 році з метою сприяння, розумінню та подальшому впровадженню і здійсненню аналізу ситуації ромів в Україні та визначення їх потреб Рада Європи провела ряд зустрічей з представниками різних міністерств та

[90] Посилання на Український інститут соціальних досліджень, «Аналіз реальних проблем», ст. 7.

урядових органів України. Пізніше, у листопаді 2008 р. Рада Європи провела «Настановний семінар з проблем охорони здоров'я ромів України». Семінар відвідали представники міністерств України, Представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, Міжнародної організації з міграції, Світового Банку[91], посольства Норвегії в Україні, Національного Агентства Ромів (Румунія), Romani Criss (Румунія) та українських неурядових організацій ромів. Учасники цього семінару відзначили поширеність проблем в сфері охорони здоров'я в ромських громадах і підкреслили, що основні причини високого рівня захворюваності серед ромів безпосередньо пов'язані з відсутністю регулярних медичних оглядів, належного та вчасного медичного обслуговування і традиційної взаємної недовіри між ромами та не ромськими лікарями, браком грошей і мотивації для відвідування лікаря тощо. За результатами семінару було розроблено та ухвалено Декларацію «Про необхідність ромських посередників з питань охорони здоров'я в Україні». Найвагомішим аргументом на користь такої роботи є потреби ромів у отриманні належних медичних та соціальних послуг, які надаються медичними працівниками та представниками органів влади у контексті позитивного — недискримінаційного та поважного ставлення до них та спілкування з ними у процесі вирішення відповідних життєво важливих питань. Практика посередництва широко розповсюджена в Європі та світі. Такі послуги охоплюють різні найбільш вразливі категорії громадян — інвалідів, мігрантів, представників особливих національних груп населення, включаючи ромів.

Програма ромських посередників, наприклад, працює в 15 країнах Європи, серед яких: Франція, Румунія, Сербія, Угорщина, Македонія, Молдова, Італія, Болгарія, Греція, Німеччина, Фінляндія, Україна, Чехія та ін. У різних країнах практика довела необхідність та корисність посередників в різних галузях, а отже існують посередники з культури, освіти, медицини, громадські, посередники з працевлаштування, а також багатопрофільні посередники.

Важливо, що міжнародне суспільство та міжнародні організації — ООН, Рада Європи та Європейський Союз, ставляться до запровадження посередництва як до ефективного і органічного методу інтеграції — «соціального включення» таких категорій громадян у суспільне і навіть громадсько-політичне життя. Тому останніми роками вони напрацювали ряд міжнародних

[91] The World Bank, Ukraine: Poverty Assessment — Poverty and Inequality in a Growing Economy, (Washington: 2005).

документів, які тією чи іншою мірою є обов'язковими для виконання державами-членами цих організації, у т.ч. і України.

З 2011 року програму ромських посередників включено до пріоритетів діяльності Ради Європи на основі Страсбурзької Декларації, яку було прийнято 20 жовтня 2010 року на засіданні представників високого рівня держав-членів Ради Європи.

Право на доступність медичних послуг

Стаття 2 Європейської Хартії прав пацієнтів. Кожен має право на доступність медичних послуг, потрібних йому\їй за станом здоров'я. Медичні служби повинні гарантувати рівну доступність для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання або часу звернення за допомогою

Право на доступність медичних послуг найчастіше порушується саме через наявність дискримінації в українському суспільстві по відношенню до ромів.

Дискримінація як сукупність моделей поведінки, спрямованої на обмеження основних прав людини на підставі її належності до певних соціальних, етнічних груп (стиґматизованих або уразливих) відбувається на трьох рівнях: загальнодержавному, інституційному та міжособистісному (побутовому). Перші два рівня регулюються безпосередньо законодавчими та нормативно-правовими актами. Тут порушення прав громадян можуть бути усунені шляхом використання, прийняття нових або внесення поправок до чинних законів і посиленням контролю за дотриманням законодавства. Набагато складніше регулювати це явище у міжособистісних відносинах, оскільки дискримінаційні стереотипи існують на рівні свідомості громадян. Тому вирішення цієї проблеми потребує окремих дій.

Дискримінація може реалізуватися як дія або бездіяльність, бути прямою або опосередкованою. Поняття дискримінації не є чітко визначеним в Україні. Дуже часто самі роми, працівники правоохоронних органів, медичних установ, не спроможні дати більш-менш точне визначення дискримінації або сприймають це поняття надто вузько.

У повсякденному житті більшість ромів, стикаючись з порушенням своїх конституційних прав, нечасто мислять категоріями дискримінації та стиґми, та зазвичай роми неспроможні захистити свої права. Чинне законодавство України містить деякі правові норми, спрямовані на захист від дискримінації

окремих груп населення, зокрема національних меншин. Водночас перелік підстав для захисту від дискримінації в українському законодавстві не є повним і вичерпним.

Здебільшого дискримінація в Україні поширена на інституційному та побутовому рівнях. Основними сферами, де найчастіше проявляється дискримінація ромів є: праця, охорона здоров'я, освіта, соціальна та правоохоронна сфера. Основними підставами для дискримінації є етнічна приналежність та колір шкіри. Також варто підкреслити подвійну дискримінацію ромських жінок, які дискримінуються в суспільстві як ромки, а в ромському середовищі — як жінки (ґендерна дискримінація).

Дискримінація ромів має дві поширені форми. Пряма дискримінація ромів частіше за все виникає у зв'язку з меншою увагою до їхніх потреб через етнічну приналежність та через загальне презирливе ставлення до них з боку неромів. Частіше за все це призводить до прямих або опосередкованих відмов, які мають расове підґрунтя. Непряма дискримінація виникає в разі незабезпечення доступу ромів до соціально-економічних прав через причини, які напряму пов'язані з їхнім статусом парій в Україні.

Багато проблем, які стосуються медичних послуг для ромів України, є прямо пов'язаними з надзвичайною бідністю, в якій живуть більшість із них. В рамках дослідження поточних проблем, з якими зустрічаються роми України, здійсненого Інститутом соціальних досліджень України, було здійснено опитування посадовців сфери громадського здоров'я по всій країні, під час якого було з'ясовано, що загальні показники рівня здоров'я ромів, які переважно мешкають у місцях «компактного проживання», надзвичайно низькі. Це пов'язано, в основному, з бідністю, в якій вони живуть, недостатнім харчуванням, низьким санітарно-гігієнічним рівнем і житлом, яке не відповідає вимогам для проживання в ньому. Лише 50% респондентів серед ромів в рамках вищезгаданого дослідження відповіли, що вони мають достатньо їжі щодня,31% опитаних відповіли, що час від часу протягом місяця вони недоїдають, і 15% повідомили, що, в середньому, один раз на тиждень у них взагалі може не бути їжі. В деяких регіонах ситуація відмінна. В Ужгороді, наприклад, відповідно до даних дослідження, близько 70% ромів регулярно недоїдають. Багато ромів також мають серйозний ризик інфікування шлунково-кишковими захворюваннями через використання нечистої води. Відповідно до дослідження Інституту соціальних досліджень України лише 32% респондентів відповіли, що мають водопостачання в будинках, 20% користуються ґрунтовими водами для приготування їжі і пиття.

Особливо треба відмітити проблему поширення туберкульозу у ромській громаді — з огляду на ситуацію що склалася, можна припустити, що показники захворювання у 2–3 рази перевищують ті, які офіційно зареєстровано. Це пов'язано з умовами, в яких проживає більшість ромських сімей — бідність, в якій вони живуть, недостатнє харчування, низький санітарно-гігієнічний рівень, житло, яке не відповідає вимогам для проживання в ньому, часта зміна місця проживання, відсутність у багатьох документів. Але треба враховувати також і те, що роми, стикаючись з дискримінаційним до себе ставленням, часто не довіряють представникам держав. Тому так важливо налагодити співпрацю з ромськими громадами. Наприклад, в Одеській області завдяки спільній ініціативі з ромськими організаціями, було запроваджене обстеження ромів виїзною медичною лабораторією — під час планових виїздів лабораторії до сільської місцевості роми, які проживають в цих селах, додатково попереджалися через лідерів своїх громад про необхідність і можливість безоплатно пройти флюорографію. Це дозволило суттєво збільшити кількість обстежених на туберкульоз.

Інший позитивний приклад — медичні центри, які працюють при ромських громадських організаціях у 5-ти регіонах України: Одесі, Львові, Донецьку (Макіївка), Закарпатській та Київській області, які довели свою ефективність, оскільки вони фактично виконують роль посередника між особами ромської національності, які не звертаються до лікарів за професійною допомогою, та медичними закладами, які не завжди готові розуміти та сприймати ромів. Однак, їхня діяльність з одного боку, є надзвичайно локальною, а з другого — нелегітимною, бо знаходиться поза юрисдикцією Міністерства охорони здоров'я України. Тому існує гостра потреба у легалізації інституту ромських медичних посередників (медіаторів) на державному рівні шляхом підготовки та затвердження Національної програми ромських медичних посередників. Подібна програма вже 4 роки діє в Румунії й засвідчила свою надзвичайну ефективність. При підготовці української програми робоча група використовуватиме досвід румунської організації «Romani CRISS» (цей проект реалізовуватиметься МБФ «Відродження» спільно з програмою «Ромське здоров'я» Інституту Відкритого Суспільства (Будапешт–Нью-Йорк). З квітня 2010 року пілотний проект з медичної медіації розпочався у 5-ти регіонах України: Одесі, Львові, Донецьку (Макіївка), Закарпатській та Київській областях.

Однією з головних проблем у ромських громадах є захворюваність на туберкульоз та інші інфекційні хвороби, що не сприяє їх органічній інтеграції в суспільство. Традиції, які притаманні певним ромським громадам, часто не

сприяють і навіть не дозволяють ромам (особливо жінкам) звертатися за медичною та іншою допомогою до відповідних державних установ. Перешкодою цьому є також і недостатня обізнаність та освіта. Пріоритетом в роботі медіаторів з самого початку було визначено медичну допомогу, проте у ході його реалізації виявилося неможливим отримання такої допомоги без додаткової роботи з оформлення документів, у т. ч. паспортних, отримання довідок із медичних та інших установ з метою отримання соціальної допомоги важко хворим, інвалідам, матерям з дітьми, людям похилого віку, бездомним, ін. Як виявилося, самим ромам самостійно та індивідуально ці питання вирішувати майже не вдається.

Суттєвою проблемою для отримання відповідної медичної допомоги для ромів стає і не можливість оплатити медичні послуги. Українська держава взяла на себе зобов'язання за рахунок бюджету утримувати систему охорони здоров'я в обсязі, необхідному для надання якісної та ефективної допомоги кожному громадянинові. Але важко знайти більший контраст між вимогами закону і нашими реаліями. Від пацієнтів вимагають «добровільної» сплати в благодійні фонди, придбання медичних препаратів. Нам відомі випадки, коли людям пропонували придбати навіть мило та лампочки для лікарні, де вони повинні були проходити лікування. Виплата цих вже майже офіційних виплат, не позбавляє пацієнтів від вимог зі стороні медичних працівників хабарів за надання якісної та вчасної професійної допомоги.

Під час проведення опитування, здійсненого Інститутом соціальних досліджень України, тридцять процентів людей, у яких брали інтерв'ю, сказали, що не отримували якісної медичної допомоги, включаючи свободу у виборі лікаря та установи охорони здоров'я. Зокрема, згідно з відповідями, це проявлялося у формі невідповідного ставлення і виявів державних службовців, створили умови для широко поширених тіньових економічних систем в багатьох секторах. Роми позбавлені доступу до багатьох послуг ще й тому, що позбавлені можливості надавати «фінансові підказки» відповідним посадових особам. У сфері охорони здоров'я лікарі зазвичай шукають компенсації через низьку оплату їхньої праці і часто вдаються до нетрадиційного лікування, щоб підзаробити, або просто відмовляються лікувати тих, хто неспроможний за це заплатити.

Прояви расової дискримінації з боку осіб, які надають медичні послуги, підтверджують існуюче «де факто» виключення ромів з кола тих, на кого поширюються надавані медиками послугами, також вони пов'язані, зокрема, з тим, що між ромськими поселеннями і установами охорони здоров'я часто великі відстані.

У дослідженні, опублікованому Європейським Центром Прав Ромів (ЄЦПР) наведені наступні приклади: «В одному з випадків, у лютому 2005 року, пані Т. М., вагітну ромську жінку, ледве не було вбито недбалим медичним втручання гінеколога з м. Чоп Закарпатської області. 1 лютого жінка прийшла до лікарні на огляд у зв'язку з тим, що почувалася недобре. Після огляду гінеколог сказала їй, що вона дійсно вагітна, порадила їй перервати вагітність і більше не мати дітей у майбутньому, та повідомила: «Ви, цигани, не повинні плодитися як таргани». Оскільки жінка мала невеликий термін вагітності, лікар вирішила, що потреби переривати вагітність в стерильних хірургічних умовах немає. Тому лікар розпочала операцію негайно, у тому ж кабінеті, де проводила обстеження. Лікар не вважала за потрібне зробити будь-які попередні аналізи або тести перед початком і продовжувала операцію навіть після того, як пацієнтка почала жалітися на гострий біль і просила лікаря зупинитися. Лише коли Т.М. почала спливати кров'ю, лікар зрозуміла, що припустилася помилки і негайно відправила пацієнтку до місцевої лікарні, де троє хірургів протягом трьох годин рятували її. Коли її стан стабілізувався, гінеколог запропонувала її сім'ї гроші (гривневий еквівалент менше ніж 10 євро), щоб вони не подавали скаргу. Було порушено кримінальну і цивільну справи проти лікарні і лікаря, однак Т. М. несподівано відмовилася від продовження слідства».

«20 жовтня 2005 року пані Л. С., неповносправній ромській жінці з міста Харкова, було відмовлено у належних їй, відповідно до її стану, послугах і благах з боку муніципальних служб і посадових осіб сфери охорони здоров'я — відмова мала дискримінаційний характер. Пані Семашева самотня, живе на державну допомогу по інвалідності. Кілька років тому місцевою владою їй було надано квартиру на п'ятому поверсі будинку, в якому не працює ліфт. Незважаючи на те, що під час розгляду її квартирного питання її стан не було взято до уваги посадовцями, пані Семашева вважала, що їй пощастило, однак ризикнула тим, що їй було дано, попросивши виділити їй інвалідне крісло. Місцева влада і цього разу була не надто доброзичливою до неї — на її прохання про знижку на придбання крісла, яка обов'язкова для інвалідів і людей літнього віку, їй було відмовлено. Останнім ударом для пані Семашевої було її прохання про соціальну допомогу у медичній раді, зокрема щодо придбання авто для інвалідів. Згідно з її свідченнями, члени комітету ледве глянули на неї, оглянули її дуже поверхово і зверхньо і після попередньої поверхової і неповної експертизи сказали їй: «Ні, ні, Вам це непотрібно, Ви можете йти». Зважених причин відмови комітет так і не надав».

«У 2004 році в м. Ужгороді ромській жінці лікар відмовив у лікуванні її новонародженої дитини, яка захворіла і мала високу температуру. У матері, яка жила у великому ромському поселенні в передмісті, не було телефону, вона контактувала з лікарем через подругу, попросивши його прийти до неї додому, щоб оглянути дитину, тому що вона дуже хвора для подорожі. Лікар на це сказав подрузі: «Я не поїду туди. Скажи [матері], що вона може прийти до мене, коли її дитина помре». Двома тижнями пізніше дитина померла і мати, засмучена і не в собі, пішла до лікаря, щоб сказати йому персонально, що її дитина померла. Доктор дав їй гроші (гривневий еквівалент 12 євро), щоб вона могла заплатити за поховання дитини».

«У вересні 2003 року Мирослава Савицька, ромська жінка з м. Кременчук, народила дівчинку. Медсестра забрала дитину одразу після її народження. Після кількох запитів про те, коли можна буде побачити дитину, Савицькій відповіли, що дитина отримала опіки третього ступеню через недбале поводження медичного персоналу лікарні, і навіть якщо вона виживе, то лишиться інвалідом. Лікарі погрожували Савицькій, що в разі, якщо вона подаватиме скарги, до міського пологового будинку більше ніколи не візьмуть жодну ромську жінку. Однак пані Савицька все ж таки сконтактувала з адвокатом і подала офіційну скаргу до районної прокуратури. Було порушено слідство за цивільною справою. 21 листопада 2006 року суд м. Кременчук постановив виплату компенсації за моральну шкоду, завдану пані Савицькій» (Інформацію за справою надано партнером ЄЦПР і адвокатом позивачки, паном Олександром Мовчаном. ЄЦПР було забезпечено юридичний супровід справи).

Аналізуючи стан дотримання права на медичну допомогу для ромів, крім загальних чинників, які впливають на рівень доступу всієї ромської громади, таких як бідність, дискримінація, слід наголосити і на такому аспекті, як наявність дискримінації в самому ромському середовищі — дискримінації ромських жінок (ґендерна дискримінація), а також вплив традицій, які притаманні певним ромським громадам, які часто не сприяють і навіть не дозволяють ромам (особливо жінкам) звертатися за медичною та іншою допомогою до відповідних державних установ.

Для розуміння проблем і причин їх виникнення у сфері доступу до медичних послуг та дотримання прав пацієнтів серед ромського населення треба враховувати, що для ромів характерне ведення способу життя, відмінного від способу життя оточуючих їх народів.

Життя за звичаями предків — головна чеснота цього самобутньої народу, перша згадка про який з'явилась у 1501 році. Але в умовах сьогодення,

дотримання цих традицій часто стає причиною обмеження прав та можливостей ромів у суспільстві.

Права жінок традиційно більш обмежені в ромськму середовищі і лише літні, здебільшого вдови, жінки в сім'ях користуються практично тими ж правами, що й чоловіки.

У книзі В. Торопова та В. Калініна «Феномен звичайного права циган» дається таке визначення — «традиційний циганський закон — основа життя кожного циганського народу. Тільки він — основний фактор, завдяки якому циганський народ відрізняється від інших народів світу. Життя поза національним „законом« для циган дуже складна, а часто і неможлива річ, тому можна сказати, що кожен циган повинен жити за законом, який прийшов до нього від предків. Перед циганським законом рівні всі цигани — і чоловіки, і жінки, і молодь, і дорослі люди, і літні. Однак за циганським законом права і обов'язки чоловіків і жінок, дітей, дорослих і людей похилого віку різні і це — його основна особливість».

Для циганських жінок «закон» — неписані правила поведінки, які регламентують їхню поведінку в сім'ї батька до заміжжя і в родині чоловіка після весілля.

Циганська жінка-мати — продовжувачка не тільки роду свого чоловіка, а й самого циганського народу. Тільки вона, народивши дітей від чоловіка-цигана і виховавши їх у культурній та духовній традиції, виконує свою роль продовжувачки свого народу».

Саме для того, щоб народ зберігався, роми (цигани) пильно оберігають своїх дітей від зв'язків з інородцями. Мабуть, тому в минулому у них був звичай сватати майбутніх дружин для своїх синів, ще коли ті були дітьми. Вважається, що майбутнє подружжя виростають відданими одне одному, їх сім'ї зберігаються до їх смерті і ніколи не розпадаються через розлучення з приводу зради одного з подружжя. Звичай ранніх шлюбів захищає як циганських дівчат, так і циганських юнаків від можливості створити сім'ю з людиною іншої національності. Це призвело до того, що в ромських сім'ях жінки народжують в 12–14 років.

У медицині ранньою вагітністю на цей час вважається вагітність, яка наступила до 18-річного віку. Вагітність у цей період може становити значну небезпеку для майбутньої матері і плоду, тому що організм підлітка в цей час ще сам продовжує рости і не є достатньо зрілим для народження дитини. Поняття «рання вагітність» з'явилося саме в цей час, в попередній же часовий період протягом багатьох поколінь дівчата народжували як тільки це ставало

можливим, тобто з появою менструації. Але тоді іншим було і положення жінки в суспільстві, і спосіб життя, смертність серед дітей і дорослих була дуже висока, що робило ранні пологи необхідною умовою виживання. У сучасній же ситуації рання вагітність у підлітків є проблемою.

Шкода ранньої вагітності у підлітків полягає, перш за все, в тому, що організм у цьому віці ще не готовий до повноцінного виношування дитини. Вагітність сама по собі величезний стрес і напруга організму, а непідготовлений підлітковий організм може перенести цей стан дуже важко. І чим менше вік вагітної, тим серйозніші наслідки ранньої вагітності її можуть чекати. Наприклад, можливі навіть такі наслідки ранньої вагітності, як порушення будови кісток, викликане нестачею кальцію — адже кальцій потрібний як для бурхливо зростаючого організму підлітка, так і для дитини, що розвивається. Як правило, рання вагітність супроводжується різними ускладненнями: особливо сильно проявляється токсикоз вагітності, розвивається плацентарна недостатність, велика ймовірність викидня. Наслідками ранньої вагітності у підлітків зазвичай є й різні ускладнення при пологах, аж до смерті матері. Народжені підлітками діти зазвичай мають малу вагу при народженні, підвищений ризик розвитку вроджених патологій і смерті в дитинстві.

Згідно з міжнародними законами діти (у тому числі підлітки) мають такі ж людські права, як і дорослі. Невід'ємним правом людини є право на захист свого здоров'я, у тому числі сексуального та репродуктивного. Саме в підлітковому віці у дитини формується сексуальність, але найчастіше, під різними пристойними приводами підліток позбавлений можливості зберегти своє здоров'я.

У 1948 році була прийнята Загальна декларація прав людини, у 1966 Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. Обидва ці документа безпосередньо стосуються кожної людини, що живе в світі, включаючи дитину. Прийнята 20 листопада 1989 року Конвенція про права дитини ясно і чітко перераховує основні політичні, громадянські, економічні, соціальні і культурні права дітей (тобто людей у віці до 18 років). Дана конвенція ратифікована урядами майже всіх країн світу, в тому числі і Росією.

У міру того, як у дитини формується здатність приймати рішення і висловлювати власні погляди, батьки та інші особи, що несуть відповідальність за дитину, повинні розвивати свою відповідальність і права щодо дитини, беручи до уваги зростання його автономності.

Відповідальність, права та обов'язки батьків полягають у тому, щоб «належним чином управляти і керувати дитиною щодо здійснення визнаних

цією Конвенцією прав і робити це згідно зі здібностями дитини» (стаття 5). У Конвенції ясно дається зрозуміти, що управління і керівництво з боку батьків не є необмеженими, вони повинні «відповідати» і узгоджуватися зі «здібностями» дитини. Конвенція недвозначно говорить про те, що права батьків обмежуються у випадках «всіх форм фізичного чи психологічного насильства», «включаючи сексуальні зловживання з боку батьків, законних опікунів чи будь-якого іншої особи, яка турбується про дитину» (стаття 19). Порушення прав дітей призводять до катастрофічних наслідків для їх сексуального та репродуктивного здоров'я.

Право на захист від усіх форм фізичного та психологічного насильства, сексуальної експлуатації та сексуального розбещення. «Держави-учасниці вживають всіх необхідних законодавчих, адміністративних, соціальних і просвітніх заходів з метою захисту дитини від усіх форм фізичного чи психологічного насильства, образи чи зловживань, відсутності піклування чи недбалого і брутального поводження та експлуатації, включаючи сексуальні зловживання, з боку батьків, законних опікунів чи будь-якого іншої особи, яка турбується про дитину» (стаття 19). «Держави-учасниці зобов'язуються захищати дитину від усіх форм сексуальної експлуатації та сексуального розбещення. У цих цілях держави-учасниці, зокрема, вживають на національному, двосторонньому та багатосторонньому рівнях усіх необхідних заходів для запобігання» (стаття 34).

Щороку 2 000 000 дітей і підлітків у віці від 5 до 15 років примусово залучається у комерційний секс. Дослідження, проведені в Канаді, Нідерландах, Новій Зеландії, Норвегії та США, показали, що кожна третя жінка була зґвалтована в дитячому віці. Щороку 2 000 000 дівчаток піддаються сексуальної експлуатації. У країнах південної і центральної Африки 40% молодих жінок виходять заміж у віці до 18 років.

В ім'я традиції, культури або релігії дорослі не замислюючись позбавляють дітей, включаючи підлітків, життєво важливої інформації та освіти про їх власне сексуальне та репродуктивне здоров'є. Це інформація включає в себе знання про профілактику ВІЛ та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом. Право на найбільш досконалі послуги системи охорони здоров'я. «Держави-учасниці визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Держави-учасниці прагнуть забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я» (стаття 24).

Діти та молоді люди часто не можуть звернутися за допомогою щодо свого сексуального і репродуктивного здоров'я через те, що вони не перебувають у шлюбі, або через свій вік. Зокрема, це стосується тестування на ВІЛ та консультацій з питань профілактики ВІЛ/СНІД.

Щороку серед неповнолітніх реєструють 330 000 000 випадків інфекцій, що передаються статевим шляхом. Щороку 6000000 людей стають ВІЛ-позитивними, з них 2,6 мільйона люди у віці 10–24 років. Дівчатка підліткового віку гинуть у результаті вагітності в два рази частіше, ніж дорослі жінки, їх діти набагато частіше вмирають у дитячому віці. Така ціна відмови від надання неповнолітнім інформації, освіти та медичного догляду щодо сексуального здоров'я.

Але серед цієї статистики немає інформації про ромських дівчаток-підлітків, які виходять заміж у 12 років і вже к 30-ти рокам мають по 5–6 дітей. У зв'язку з тим, що документи на встановлення особи часто не оформлюються і покоління ромів обходиться без документів, важко прослідити ситуацію, а притаманна ромам недовіра до офіційних структур, в тому числі і медичних, не дає можливості отримати достовірну статистичну інформацію.

У розумінні ромів життя людини — священне явище, яке дається кожному з них від Бога і в ідеалі ніхто з циган не може бути позбавлений її. У зв'язку з тим, що людина смертна, його кончина повинна бути природною, ні ким і ні чим не порушували через хворобу або старості. Для кожної ромської сім'ї кончина батька або дитини — найбільша втрата. Тому поховання людини в циганському середовищі — святий обов'язок родичів померлого. За циганським звичаєм тіло покійного не має покидатися родичами, які постійно знаходяться біля нього з моменту смерті до моменту поховання. За весь цей час тіло не повинно торкатися землі, воно також не повинно бути порушено у своїй цілісності.

> *У 2011 році в Белгород-Дністровському районі Одеської області стався випадок, коли в лікарні померла новонароджена ромська дитина. Лікарі просто віддали труп батькам, які поховали дитину — без оформлення документів, без реєстрації факту смерті. Коли про цей випадок дізналися, то найбільший спротив проведенню розслідування був не з боку працівників лікарні, а з боку батька дитини, який вважав, що має право поховати свою дитину так, як він вважає за потрібне і не надав згоди на розтин і розслідування причин смерті дитини.*

Слід також відмітити, що, в циганській традиції є не тільки дозволені, а й заборонені професії. До однієї з них відноситься професія медика:

медичної сестри, лікаря, тобто є традиційний поділ занять на ті, якими можуть займатися роми, і ті, якими займаються гаджі-нероми, або, кажучи інакше, на заняття ритуально чисті і нечисті.

Заняття медициною було табуіровано для ромів. Тому медичною практикою роми ніколи не займалися, та й тіло людське, не тільки жіноче, але і чоловіче нижче пояса визнавалося у них традиційно нечистим. Сама вагітна жінка і навіть її одяг частково визнавалася нечистою. Необхідно відзначити, що навіть в даний час, коли роми все частіше і частіше звертаються за медичною допомогою, самі вони медициною не займаються: медиків-ромів в нашій країні лічені одиниці. Відомі лише тільки кілька лікарів — хірург В. Матусевич, відзначений званням «Заслужений лікар України», і кандидат медичних наук Б. Мунтяну. Після указів 1926 і 1928 років на циганських національних підприємствах і колгоспах в СРСР почалося медичне просвітництво, частиною програми якого було поширення книг санітарно-просвітницького змісту, виданих циганською мовою. Ось повний список цих книг:

— Безлюдско М. «З Банго ТЕ джінел бутітко ром ваш жужипен Дре пескіро побутов» («Що повинен знати робітник циган про чистоту в своєму побуті»). М., 1933, 31 с.
— Берлянд А.С. «Перво помошшь дро набахтале случяі» («Перша допомога в нещасних випадках»). М., 1931, 34 с.
— «Ваш пані ТЕ заразна насвалипена» («Про воду та заразних хворобах»). М., 1933, 43 с.
— «ГЕР» («Короста»). М., 1933, 24 с.
— Доброхотова А.І. «Сир те борісоспе е. линаскіре чяворетконе понососа» («Як боротися з літнім дитячим проносом»). М., 1933, 45 с.
— Ельящук А. «Сир чячюнес ТЕ барьякірес кхетане чявен і чяен Дре сім'я» («Як по-справжньому виростити разом хлопчиків і дівчаток в сім'ї»). М., 1932, 32 с.
— Зубкова Є.В. «Перитко тифо» («Черевний тиф»). М.-Л., 1933, 32 с.
— Леві М.Ф. «Зі Бангі ТЕ джінел колгоспниця ваш джювлякірі насвалипе» («Що повинна знати колгоспниця про жіночу хвороби»). М.-Л., 1934, 72 с.
— Трахтман Я. «Хаськіраса віспа» («Знищимо віспу»). М., 1933, 32 с.

70-і роки минулого століття ознаменувалися початком проникнення планування в циганську родину. Деякі молоді роми в ці роки самі стали вирішувати, скільки дітей буде у них в сім'ї. Відразу ж ці сім'ї перетворилися в малодітних — дві, три дитини. Почалося штучне переривання вагітності і, як

наслідок, збільшення жіночої захворюваності безпліддям. З цього часу всі турботи про здоров'я циганських матерів, дітей і породіль були покладені на лікарні, пологові будинки, лікарів.

Рекомендації

Підводячи підсумки, можна сказати, що загалом роми на сьогодні в України не мають доступу до медицини в тому ж об'ємі, що і населення в цілому. Проблеми в сфері охорони здоров'я в ромських громадах мають системний характер. Основні причини високого рівня захворюваності серед ромів безпосередньо пов'язані з відсутністю регулярних медичних оглядів, належного та вчасного медичного обслуговування і традиційної взаємної недовіри між ромами та не ромськими лікарями, браком грошей і мотивації для відвідування лікаря. З метою мінімізації негативного впливу цих факторів можна запропонувати ряд заходів:

1. Найвищим пріоритетом має бути прийняття закону про боротьбу з дискримінацією, який містив би деталізовану інформацію про захист і відповідні процедури, зокрема в усьому, що стосується дискримінації за расовим або етнічним принципом.
2. Забезпечити надання ефективної правової допомоги у випадках дискримінаційних дій проти ромів у сферах освіти, працевлаштування, забезпечення житлом, охорони здоров'я, соціальних послуг і доступу до громадянських прав.
3. Забезпечити усіх жителів України, в тому числі і ромів, всіма особистими та іншими документами, необхідними для реалізації ними фундаментальних громадянських, політичних, соціально-економічних прав. Розробити програми щодо забезпечення реєстрацією усіх осіб, які фактично проживають на певній території, та пересвідчитися в тому, що місцева влада не відмовляє ромам у реєстрації.
4. Сприяти виправленню існуючих статистичних даних про забезпечення ромів України соціальними послугами, в тому числі охорони здоров'я та соціального забезпечення.
5. Легалізувати інститут ромських медичних посередників (медіаторів) на державному рівні шляхом підготовки та затвердження Національної програми ромських медичних посередників.

6. Забезпечити принципове реагування з боку керівників місцевих органів влади на звернення ромів щодо порушень їхніх прав, в тому числі і прав пацієнтів.
7. Налагодити співпрацю між лідерами ромських громад і представниками органів охорони здоров'я кожній області та місцях компактного проживання ромів.
8. Розробляти і впроваджувати всебічні тренінгові програми для посадових осіб органів охорони здоров'я, медичних закладів усіх рівнів з метою забезпечення розуміння державними службовцями міжнародних і національних нормативів, які забороняють дискримінацію, та використання їх у роботі, в т. ч. для забезпечення виконання ними обов'язків щодо захисту громадян України від проявів дискримінації.

Розділ 8

Права людей, що належать до ЛГБТ-спільноти, в царині охорони здоров'я[92]

1. ЛГБТ/ЧСЧ: питання термінології.

➤ **Сексуальна орієнтація** — одна з природних властивостей людської особистості, яка полягає у спрямованості психоемоційної сфери людини, її еротичного (чуттєвого) потягу та сексуальних потреб на представників виключно або майже виключно протилежного ґендеру (гетеросексуальність), виключно або майже виключно свого (гомосексуальність) ґендерну або на представників обох ґендерів (бісексуальність).

З точки зору офіційної медицини всі три різновиди сексуальної орієнтації — *гетеросексуальна, бісексуальна* та *гомосексуальна* — є нормативними та не становлять самі по собі хворобу чи поведінковий розлад: в офіційному виданні Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) зазначено: *«сексуальна орієнтація сама по собі не повинна розглядатись як відхилення»*[93].

➤ **ЛГБТ** (англ. відповідник — LGBT, абр. від lesbians, gays, bisexuals, transgenders) — соціальна група (спільнота) лесбійок, геїв, бісексуалів, трансґендерів.

---

[92] Автор-упорядник розділу — Святослав Шеремет, експерт Постійної референтної групи з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні, в. о. президента Всеукраїнської громадської організації «Гей-Форум України».

[93] Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я: Десятий перегляд / Всесвітня організація охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут громадського здоров'я. — Т. 1, ч. 1. — К., Здоров'я, 1998. — С. 403.

З нещодавніх пір, у відповідь на потреби часу, термін «сексуальна орієнтація» увійшов до вітчизняної нормативно-правової бази, а саме — з 1 листопада 2010 року, коли набрали чинності Стандарт надання соціальних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом[94] і Стандарт надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом[95], затверджені спільним наказом трьох міністерств — Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України — від 13 вересня 2010 року № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику», зареєстрованого Міністерством юстиції України 8 жовтня 2010 року за № 903/18198 (названі стандарти зареєстровано Мін'юстом відповідно за № № 904/18199 і 903/18198).

➤ **Сексуальна ідентичність** — усвідомлення та сприйняття людиною самої себе як носія певної сексуальної орієнтації — гетеросексуальної, бісексуальної чи гомосексуальної.

Термін «сексуальна ідентичність» характеризує *внутрішній стан* людини.

Сексуальна ідентичність є одним із компонентів людської сексуальності, зокрема, поряд із сексуальною орієнтацією, сексуальною поведінкою та статеворольовою поведінкою.

На відміну від сексуальної орієнтації та сексуальної поведінки, які є *об'єктивними* факторами, сексуальна ідентичність є *суб'єктивною* характеристикою. Фактори, які є вирішальними для сексуальної ідентичності конкретної людини, можуть бути різними. Якщо для одних ідентичність є наслідком їхньої сексуальної поведінки (приклад такого усвідомлення: «Я практикую секс із жінками, і з чоловіками. Отже, я — бісексуал»), то для інших сексуальна ідентичність може бути незалежною від сексуальної поведінки (приклад: «Я — хлопець. Я відчуваю чіткий сексуальний потяг до інших хлопців і, хоча в мене є дівчина, із якою я маю секс, я вважаю, що, все ж таки, я гей»).

➤ **Поведінка сексуальна** — особливості сексуальної активності певної особи чи групи осіб, притаманні особі чи групі протягом більш-менш значного проміжку часу.

[94] http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0904-10.

[95] http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0903-10.

Сексуальна поведінка є одним із компонентів людської сексуальності.

За критерієм спрямованості сексуальних дій на певну біологічну стать партнера розрізняють такі різновиди сексуальної поведінки: *бісексуальна* поведінка; *гетеросексуальна* поведінка; *гомосексуальна* поведінка.

У контексті сексуальної поведінки вирізняються дві специфічні групи людей: *чоловіки, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ); жінки, які практикують секс із жінками (ЖСЖ).*

В обох випадках констатується не сексуальна орієнтація і не сексуальна ідентичність людини, а факт наявності в її сексуальному репертуарі одностатевих контактів. При цьому приналежність до категорій ЧСЧ або ЖСЖ не виключає наявності в людини різностатевого сексу.

➤ **Депатологізація** — виведення явища з розряду патології.

Цей термін, серед іншого, застосовується до виведення гомосексуальності з розряду медичних патологій.

15 грудня 1973 року Американська психіатрична асоціація (АПА) рішенням своєї президії виключила гомосексуальність із другого видання Довідника з діагностики та статистики психічних розладів (англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; загальноприйнята абревіатура — DSM-II). Це рішення президії АПА було підтверджене на референдумі членів АПА, що відбувся у квітні 1974 року.

1990 року гомосексуальність депатологізовано на світовому рівні рішенням Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Датою початку процесу депатологізації гомосексуальності в Україні слід вважати 4 травня 1993 року, коли Кабінетом Міністрів України прийнято рішення про перспективне впровадження МКХ-10 в Україні. Роком завершення процесу депатологізації гомосексуальності в Україні слід вважати 1998-й, коли було видано першу частину першого тому офіційного перекладу МКХ-10 українською мовою та розпочато його поширення (саме в цьому виданні міститься настанова, що *«сексуальна орієнтація сама по собі не повинна розглядатись як відхилення»*[96]).

[96] Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я: Десятий перегляд / Всесвітня організація охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут громадського здоров'я. — Т. 1, ч. 1. — К., Здоров'я, 1998. — С. 403.

➤ **ЧСЧ** (відповідники: англ. — MSM, рос. — МСМ): *чоловіки, які/що практикують секс із чоловіками* (допустимо: *чоловіки, які/що мають секс із чоловіками;* англ. відповідник — men who have sex with men) — особи чоловічої статі, що вступають у сексуальні контакти з іншими особами чоловічої статі.

Використовуються два підходи щодо часового критерію приналежності особи до ЧСЧ:

Лонгітюдний підхід. — Відповідно до цього підходу критерієм приналежності до категорії ЧСЧ є досвід принаймні одного реального одностатевого сексуального контакту протягом життя. Саме на підставі лонгітюдного критерію визначалась оціночна кількість ЧСЧ в Україні в дослідженні 2009 року, виконаному на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Згідно з цим дослідженням, кількість соціально доступних ЧСЧ у віці 15–49 років становила в Україні станом на 1 січня 2009 року від 95 до 213 тис. осіб.

Операційний підхід. — Відповідно до цього підходу критерієм приналежності до групи ЧСЧ є досвід принаймні одного реального одностатевого сексуального контакту протягом останніх дванадцяти місяців.

В обох підходах під реальним одностатевим сексуальним контактом розуміється будь-яка форма безпосередньої, тілесної сексуальної взаємодії незалежно від того, закінчується вона еякуляцією чи ні. Така сексуальна взаємодія може відбуватися у формі орогенітального контакту, аногенітального контакту, взаємної мастурбації тощо.

Важливо зазначити, що не кожний гей належить до категорії ЧСЧ. Наприклад, молоді геї, в яких ще не було сексуальних контактів із чоловіками; гомосексуали, які утримуються від сексу з чоловіками з релігійних міркувань, — не є ЧСЧ.

ЧСЧ становлять в Україні одну з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ: уперше ЧСЧ офіційно визнано в Україні групою ризику відповідно до Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД на 2001–2003 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року № 790[97].

ЧСЧ (у розшифровці «чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками») визначено як одну з груп ризику в документі «Завдання і заходи з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» — додатку до Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-ін-

[97] http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=790-2001-%EF.

фекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, затвердженої Законом України від 19 лютого 2009 року № 1026-VI[98].

У вітчизняній нормативно-правовій базі найбільш докладно ЧСЧ-проблематику висвітлено в [розділі] 7 «Особливості консультування чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ)» документа «Особливості консультування різних груп населення», що є Додатком 1 до пункту 12-го розділу 4-го документа «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 серпня 2005 року № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» і зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 22 листопада 2005 року[99]. В зазначеному документі, зокрема, сказано:

> *«Неприйняття ЧСЧ з боку суспільства створює додаткові бар'єри при обговоренні індивідуальних ризиків, пов'язаних зі статевою поведінкою. ЧСЧ буває складно зізнатися стосовно наявності незахищеного сексу з іншими чоловіками. Потрібно знайти делікатний підхід до пацієнта, щоб реалістично оцінити його індивідуальні ризики і надати необхідну підтримку».*

2. ЧСЧ: статистика звертання до закладів охорони здоров'я

Право людини та громадянина «на охорону здоров'я» та «медичну допомогу» є конституційним і закріплене 49-ю статтею Основного Закону України.

Порушення прав ЧСЧ/ЛГБТ в галузі охорони здоров'я доцільно розглядати в двох аспектах:

1) проблематика порушення прав людини у зв'язку із сексуальною орієнтацією поза контекстом ВІЛ-інфекції/СНІДу.
2) відповідна проблематика саме в контексті ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Таке розмежування обумовлене тим, що в контексті ВІЛ-інфекції/СНІДу ЧСЧ як група ризику мають *додаткові* гарантії дотримання щодо них прав і свобод людини, закріплені в законах та інших нормативно-правових актах.

2010 року в Україні опубліковано звіт за результатами дослідження «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки», виконаного Центром соціальних експертиз Інституту соціології Національної академії наук України на замовлення Програми розвитку в Україні в рамках проекту

---

[98] http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1026-17.

[99] http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1404-05.

«Врядування з питань ВІЛ/СНІДу»[100]. Нижче в цьому підрозділі наводяться деякі дані та висновки із названого звіту.

Так, 84% опитаних ЧСЧ упродовж останніх чотирьох років (2007–2010) зверталися принаймні до одного із закладів охорони здоров'я, найчастіше до поліклінік чи медичних пунктів., на другому місці — звернення ЧСЧ до центрів СНІДу або кабінетів довіри.

Таблиця 1

Звернення ЧСЧ до медичних установ упродовж останніх чотирьох років (сума понад 100%, оскільки одна людина могла звертатися до кількох установ), %

Установа (медична служба)	Всі ті, хто звертався, *n* = 259	Донецьк, *n* = 66	Київ, *n* = 73	Львів, *n* = 56	Миколаїв, *n* = 64
Швидка допомога	32	29	41	38	19
Поліклініка, медичний пункт	79	91	86	84	48
Лікарня, диспансер (стаціонарне терапевтичне лікування)	33	36	41	34	22
Хірургічне втручання (операції)	19	15	21	29	13
Медичне обслуговування на дому (виклик лікаря додому)	34	39	41	36	19
Санаторно-курортне лікування	15	3	21	30	6
Місцевий центр СНІДу, в т. ч. кабінет довіри	52	35	77	36	56
Інше	4	4	1	0	11

Цей характер розподілу здебільшого зберігається в різних регіонах, хоча респонденти-ЧСЧ з м. Миколаєва виглядають порівняно з респондентами з інших міст як менш стурбовані власним здоров'ям.

[100] Аналітичний звіт за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки» [назва зі с. 1] / Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної Академії наук України, на замовлення ПРООН. — За ред. Шеремета С.П. — Авт. колектив: Зінченков О.О., Касянчук М.Г., Пономарьов С.Ю., Трофименко О.В., Шеремет С.П. — Схв. та рек. до оприлюднення і друку Постійною референтною групою з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні. — К., 2011. — 120 с.

Ті, хто бодай раз упродовж чотирьох років звертався до медичних установ, найчастіше стикалися з відмовами при обслуговуванні в установах загального профілю (швидка, поліклініка, стаціонар тощо), ніж у СНІД-центрах.

Таблиця 2

Частки респондентів, яким бодай раз відмовили в наданні послуг у медичних установах

Установа (медична служба)	%
Швидка допомога, $n = 82$	8
Поліклініка, медичний пункт, $n = 201$	9
Лікарня, диспансер (стаціонарне терапевтичне лікування), $n = 87$	9
Хірургічне втручання (операції), $n = 49$	6
Медичне обслуговування на дому (виклик лікаря додому), $n = 88$	6
Санаторно-курортне лікування, $n = 38$	5
Місцевий центр СНІДу, в т. ч. кабінет довіри, $n = 135$	2
Інше, $n = 11$	0

Здебільшого респонденти заперечують зв'язок відмов зі своєю належністю до групи ЧСЧ, але помітні певні тенденції. В ургентних випадках (швидка, хірургічне втручання) та в установах широкого профілю (поліклініка, стаціонар), відмови не ґрунтуються на сексуальній орієнтації, тоді як відмова в індивідуалізованих послугах (наприклад, під час візиту лікаря додому або відпочинку на курорті надавачеві послуг легше побачити відмінність у способі життя респондента) частіше має підґрунтям належність респондента до ЧСЧ *(див. табл. 3)*.

Таблиця 3

Думки респондентів про зв'язок відмов у наданні певних медичних послуг із тим, що респондент належить до ЧСЧ, %

На Вашу думку, чи пов'язано те, що Ви не отримали необхідної медичної допомоги, із тим, що Ви маєте секс із чоловіками?	Варіанти відповіді		
	важко відповісти	ні	так
Швидка	0	4	3
Поліклініка	2	12	4
Стаціонар	0	7	1
Хірургічне втручання	0	2	1
Виклик лікаря додому	0	1	4
Санаторно-курортне лікування	0	0	2
Центр СНІДу	2	0	1

2010 року вже згаданий вище Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України на замовлення Програми розвитку ООН в Україні виконав онлайн-дослідження у рамках упровадження пілотного проекту з анонімного добровільного онлайн-опитування представників групи ЧСЧ/ЛГБТ щодо фіксації випадків порушення їхніх прав[101].

У ході проекту 100 осіб виявили бажання заповнити анкету. З них 8% зазначили, що їм відмовляли у наданні медичних послуг на підставі їхньої сексуальної орієнтації/поведінки[102].

3. ЧСЧ у контексті ВІЛ-інфекції/СНІД

Відповідно до частини 1 статті 14 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»[103], *«люди, які живуть з ВІЛ, та особи, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, — громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, особи, які звернулися за наданням статусу біженця та яким надано статус біженця в Україні, шукачі притулку, іноземці та особи без громадянства, які на законних підставах тимчасово перебувають на території України, користуються* ***всіма правами та свободами****, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України».*

Частина 3 тієї статті визначає, що «***дискримінація*** *особи на підставі наявності в неї ВІЛ-інфекції, а також належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ* ***забороняється****».* При цьому *«дискримінацією вважається дія або бездіяльність, що у прямий чи непрямий спосіб створює обмеження, позбавляє належних прав особу або принижує її людську гідність на підставі однієї чи кількох ознак, пов'язаних з фактичною чи можливою на-*

---

[101] Аналітичний звіт за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки» [назва зі с. 1] / Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної Академії наук України, на замовлення ПРООН. — За ред. Шеремета С.П. — Авт. колектив: Зінченков О.О., Касянчук М.Г., Пономарьов С.Ю., Трофименко О.В., Шеремет С.П. — Схв. та рек. до оприлюднення і друку Постійною референтною групою з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні. — К., 2011. — С. 91.

[102] Там само. — С. 98.

[103] http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1972-12.

явністю в неї ВІЛ, або дає підстави віднести особу до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ».

Принцип конфіденційності забезпечується частиною 3 статті 13 зазначеного Закону: *«Відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Медичні працівники зобов'язані вживати необхідних заходів для забезпечення належного зберігання конфіденційної інформації про людей, які живуть з ВІЛ, та захисту такої інформації від розголошення та розкриття третім особам».*

Законодавство не тільки зобов'язує дотримуватися режиму конфіденційності в цих питаннях, й установлює **кримінальну відповідальність** за порушення цієї вимоги. Так, статтею 132 Кримінального кодексу України визначено, що *«розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини […] або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, — карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого»*[104].

Відповідно до національної оцінки ситуації з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні, в 2010 році оціночна кількість ВІЛ-позитивних людей в Україні віком від 15 років становить 360 тис. осіб, або 0,86% населення відповідного віку (у віковій категорії населення репродуктивного віку — від 15 до 49 років — цей показник зростає до 1,33%)[105]. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики щодо кількості осіб, інфікованих ВІЛ і перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (101 182 особи) на початок 2010 року. Різниця між цими показниками свідчить, що лише 28%, або

---

[104] http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2341-14/page4.

[105] Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні станом на початок 2009 року [звіт] / Міністерство охорони здоров'я України, [Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом], МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Всесвітня організація охорони здоров'я [Бюро в Україні], Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД. — К., вересень 2009. — С. 4.

приблизно кожний четвертий з людей, які живуть з ВІЛ в Україні, знають про свій ВІЛ-позитивний статус[106].

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою у групах найбільшого ризику.

Однією з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ є чоловіки, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ).

Останнє інтегроване біоповедінкове дослідження серед ЧСЧ, результати якого опубліковані[107], було проведено в 14 містах України 2009 року. За результатами цього дослідження, частка ВІЛ-позитивних ЧСЧ у вибірковій сукупності склала 8,6% (при довірчому інтервалі 7,4–9,8%). За результатами попереднього дослідження 2007 року[108], поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ становила 10,6%, причому показник поширеність серед ЧСЧ у віці до 25 років 2007 року становила 3,6%, а 2009 року серед цієї вікової групи — склала 7,9%. Слід зауважити, що дані 2007 і 2009 років не є повністю зіставлюваними через дещо відмінну методику формування вибіркової сукупності, різний її обсяг і різну географію цих двох досліджень.

2012 року мають бути оприлюднені результати найновішого біоповедінкового дослідження, проведеного 2011 року. Оскільки на відміну від того, що робилося раніше, цим дослідженням було охоплено всю територію України на рівні обласних центрів, столиці АР Крим, міст Києва та Севастополя, дані про поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ будуть більш надійними, причому показник поширеності очікується не вище 5% у цій соціально-поведінковій групі.

---

[106] Стислий огляд стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на 01.01.2010 // ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень / Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІД, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського АМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. — № 33. — Київ, 2010. — С. 5.

[107] Большов Є.С., Касянчук М.Г., Трофименко О.В., Шеремет С.П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — Схвалено та рекомендовано до друку Постійною референтною групою з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні. — К., 2011. — 88 с. — Режим доступу: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/zvit_msm09.pdf.

[108] Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс із чоловіками: Аналітичний звіт: За результатами опитування 2007 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка. — Авт. колектив: Балакірєва О.М. (керівник проекту), Бондар Т.В., Касянчук М.Г., Кісь З.Р., Лещинський Є.Б., Шеремет С.П. — К., ТОВ «Агентство «Україна», 2008. — 64 с.

Існуючі в українському суспільстві стигматизація, дискримінація та порушення прав людини щодо чоловіків, які практикують одностатевий секс, можуть бути чинниками небажання ЧСЧ проходити тестування на ВІЛ, а в разі отримання позитивного результату — причиною небажання ставати на диспансерний облік.

Якість послуг для ЧСЧ з профілактики інфікування ВІЛ покращилася протягом впровадження в Україні останніми роками програм із протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу[109], проте та система послуг, що існує, і рівень охоплення ними цільової аудиторії (ЧСЧ) все ще залишається недостатньо досконалими для істотного впливу на формування безпечної поведінки в цій цільовій групі, що пов'язано, зокрема, з проблемами стигми, дискримінації та порушення прав людини щодо ЧСЧ/ЛГБТ.

4. Прояви упередженого ставлення, дискримінації та порушення прав ЧСЧ у контексті ВІЛ-інфекції/СНІД

Головна проблема порушення прав ЧСЧ у контексті ВІЛ-інфекції/СНІДу стосується питань добровільності тестування та збереження конфіденційності результатів тестування.

У дослідженні «Визначення потреб чоловіків, які практикують секс з чоловіками, в основних послугах із профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки, виконаного у вересні—листопаді 2009 року Іноземним підприємством «ГФК Юкрейн» («комерційна» назва — компанія «GfK Ukraine») на замовлення Програми розвитку ООН в Україні в рамках проекту «Підсилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні через захист прав людини серед чоловіків, які мають секс з чоловіками»[110], було встановлено, що принаймні раз у житті тестувалися 86% респондентів. При цьому частка респондентів, які

---

[109] Йдеться, зокрема, про програму «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні» (2007–2012 роки), впроваджуваної Міжнародним благодійним фондом «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» за рахунок коштів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

[110] Визначення потреб чоловіків, які практикують секс з чоловіками, в основних послугах із профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки: Аналітичний звіт за результатами дослідження / Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй в Україні. — Дослідження виконане компанією «ГФК Юкрейн» (GfK Ukraine). — [К.,] 2011.— 96 с. — Режим доступу: http://www.undp.org.ua/files/ua_19369111117_OON_AIDS_MHSWM_book_preview.pdf.

колись тестувалися, найбільша в Миколаєві (99%) і Києві (95%), найменша — у Львові (74%) і Донецьку (76%)[111].

Питання конфіденційності

За отриманими в ході дослідження компанії «GfK Ukraine» даними, лікарі СНІД-центрів чи кабінетів довіри далеко не завжди дотримуються вимог збереження конфіденційної інформації. Наприклад, у Львові *«ПІБ пацієнта розголошувалося при запрошенні до кабінету»,* в Донецьку зафіксовано *«присутність сторонніх осіб у кабінеті для ДКТ; як результат, пацієнт не зумів повідомити про свій сексуальний досвід з чоловіками»*[112].

Українське законодавство гарантує «за замовченням» добровільність тестування. Проте наявність серед опитаних тих, хто визнає, що його принаймні одного разу змусили до проходження тесту на ВІЛ, означає, що за певних ситуацій (наприклад, при виїзді за кордон чи в разі здавання донорської крові) людина не може відмовитися від тестування.

93% ЧСЧ, які проходили тестування, засвідчили, що ця процедура була конфіденційною, решта 7% повідомили про порушення норм конфіденційності. Найчастіше такі випадки траплялися з донецькими та львівськими респондентами (по 11% від загальної кількості респондентів у відповідних містах), дещо рідше — з київськими (8%), жоден ЧСЧ Миколаєва не пригадав подібних порушень[113].

Наведемо декілька прикладів незаконного розголошення ВІЛ-позитивного статусу ЧСЧ.

Перший інцидент стався в липні–серпні 2006 року в одному із сіл Звенигородського району Черкащини. За припущеннями потерпілого ЧСЧ, якому на той час був 31 рік, одна з київських міських клінічних лікарень, де він пройшов неанонімне тестування на ВІЛ-інфекцію, повідомила про ВІЛ-позитивний ста-

---

[111] Результати дослідження, виконаного компанією «GfK Ukraine», наводяться за виданням: Аналітичний звіт за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки» / Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної Академії наук України, на замовлення ПРООН. — За ред. Шеремета С. П. — К., 2011. — С. 73.

[112] Результати дослідження, виконаного компанією «GfK Ukraine», наводяться за виданням: Аналітичний звіт за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки» / Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної Академії наук України, на замовлення ПРООН. — За ред. Шеремета С. П. — К., 2011. — С. 73.

[113] Там само. — С. 73–74.

тус потерпілого медичний заклад районної ланки, а той, своєю чергою, довів цю конфіденційну інформацію до відома сільського медичного пункту. Працівники медпункту розголосили ВІЛ-статус постраждалого чоловіка в селі. *«Він спідозний, бо під*рас»,* — у таких виразах, за опосередкованими свідченнями, мешканці села характеризували свого односельця. Потерпілий намагався дати раду з розголошенням свого статусу, звернувшись по допомогу до Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», але його сусіди по селу відмовлялися свідчити проти працівників сільського медпункту, внаслідок чого особи, винні в розголошенні (ймовірно, дві медичні сестри медпункту), залишилися безкарними. Також, не вдалося встановити особу працівника столичної лікарні, який передав конфіденційну інформацію. Унаслідок цього інциденту потерпілий перебував у депресивному стані, зазнав максимального ігнорування з боку мешканці села, переживав власну «непотрібність», відчув «недовіру до суспільства». Крім цього, в потерпілого вкоренилася недовіра до медичного персоналу як такого.

Інший випадок розголошення позитивного ВІЛ-статусу ЧСЧ був схожим: 30-річний на той час ЧСЧ анонімно склав тест на ВІЛ у Львові, отримав позитивний результат, після чого став на облік у львівському СНІД-центрі. Через три місяці інформацію про діагноз потерпілого було передано до села, де він на той час мешкав. Цікаво, що, за свідченнями сільського лікаря, ці відомості було передано телефоном через «прибиральницю амбулаторії». Інформація поширилася на все село. Скарги потерпілого до львівського СНІД-центру залишились без відповіді[114].

Свідками розголошення конфіденційної інформації медперсоналом були 11% опитаних, але «джерелом» такого розголошення виступають не тільки медичні працівники: респонденти зазначали, що мало місце поширення конфіденційної інформації з боку працівників недержавного ВІЛ-сервісу — 10%, друзів і товаришів ВІЛ-позитивних — 32%, роботодавців ВІЛ-позитивних — 7%, інших людей — 3%. Таким чином, найбільшу небезпеку з точки зору поширення конфіденційних відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи становить для ЧСЧ їхнє безпосереднє оточення. І хоча медперсонал і співробітники ВІЛ-сервісу втричі рідше є причиною цих неприємностей (порівняно із соціальним оточенням ВІЛ-позитиних), більшу занепокоєність викликають саме вони, позаяк мають бути взірцем професійного підходу до питань збереження в таємниці персональних відомостей про своїх клієнтів (пацієнтів).

---

[114] Там само. — С. 77. (Щодо обох випадків.)

Крім того, коли ВІЛ-статус розголошують друзі й товариші, постраждала людина може послатися на те, що вони не знають, про що кажуть, тоді як вага слова з «професійного джерела» (організація чи установа, які мають доступ до інформації такого роду) є значно вищою[115].

Щодо розподілу за містами, то найбільш проблемними є Донецьк і Київ, тоді як Миколаїв виглядає вельми благополучним *(див. табл. 4)*.

Таблиця 4

Свідчення про розголошення ВІЛ-позитивного статусу[116]

Частка ЧСЧ залежно від міст, які впродовж останніх 4-х років були свідками розголошення інформації про ВІЛ-позитивний статус інших ЧСЧ, з боку…	**Місто**			
	Донецьк, *n* = 65	**Київ, *n* = 71**	**Львів, *n* = 56**	**Миколаїв, *n* = 74**
	%			
…медичного персоналу	17	14	7	5
…працівників НУО, які опікуються проблемами ВІЛ-позитивних	28	10	2	0
…друзів і товаришів ВІЛ-позитивних	43	51	32	4
…роботодавців і колег ВІЛ-позитивних	20	6	4	0
…інших людей	8	0	5	0

На превеликий жаль, брак політик і стандартів обслуговування клієнтів у ЧСЧ-сервісних організаціях призводить до того, що взаємини між соціальним працівником і отримувачем послуг вибудовуються як дуже персоналізовані та часто сприймаються обома сторонами як товариські. Тому про ВІЛ-статус одного з клієнтів стає відомо іншим клієнтам НУО[117].

Тестування на ВІЛ у державних закладах охорони здоров'я є безоплатним, але існує практика змушування пацієнтів до «благодійних внесків», що підтверджується дослідженням компанії «GfK Ukraine»[118].

[115] Там само. — С. 74.

[116] Там само.

[117] Там само.

[118] Там само.

Добровільність тестування

За даними дослідження «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки», виконаного Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України на замовлення ПРООН, серед тих, хто тестувався, переважна більшість (96%) зробила це добровільно, а 4% — примусово. Найбільше тих, хто зазнав примусу до проходження тесту на ВІЛ, — серед опитаних із Донецька (11%), а в Миколаєві всі ЧСЧ робили цей аналіз добровільно. Київ і Львів виглядають відносно благополучними: відповідно лише 3% та 2% респондентів із цих міст зазнали якогось примусу під час тестування на ВІЛ[119].

Оплата тестування

За даними того ж дослідження Центру соціальних експерти, про яке йшлося вище, упродовж останніх чотирьох років 88% респондентів-ЧСЧ не платили нічого за тест на ВІЛ, а відповідно 12% внесли оплату за тестування. Серед цих 12% (31 особа) заплатили офіційно (через касу) 23 особи. На жаль, з'ясувати, де це було — в державному чи приватному закладі охорони здоров'я — неможливо, так як це не уточнювалось[120].

Розподіл за містами проживання свідчить про неблагополучний стан ВІЛ-сервісу в Донецьку: чверть донецьких ЧСЧ стикалися із необхідністю платити гроші за тестування на ВІЛ, що вдвічі більше, ніж за вибіркою цього дослідження загалом. Певною мірою це корелює з описаним вище станом збереження конфіденційної інформації в різних містах цього опитування[121].

Порушення нормативних вимог щодо ДКТ

Кожен тест на ВІЛ має супроводжуватися до- та післятестовою консультацією, однак на практиці вимог відповідного Протоколу, затвердженого МОЗ України[122], не завжди дотримуються.

---

[119] Там само. — С. 73.

[120] Там само. — С. 74.

[121] Там само. — С. 74–75.

[122] «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 серпня 2005 року № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» та зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22 листопада 2005 року. — Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1404-05.

Дві третини ЧСЧ (68%), опитаних у рамках проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки», повідомили, що кожне їхнє тестування на ВІЛ супроводжувалося психологічною, медичною або іншою консультацією до та після тесту. 12% відповіли, що з ними було проведено тільки одну консультацію (або до тесту, або після нього), 16% не отримали жодної консультації[123].

У моніторинговому дослідженні 2009 року щодо поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, проведеному на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 85% ЧСЧ, які мали досвід тестування на ВІЛ, повідомили, що проходили дотестове консультування. Дещо менше (75%) респондентів проходили післятестове консультування[124].

У дослідженні компанії «GfK Ukraine» під час візитів за методом «таємного клієнта»[125] також було зафіксовано низку випадків, коли тестування робили без консультування.

Наведемо дані з уже цитованого вище аналітичного звіту за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки», виконаного Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України на замовлення ПРООН[126].

Найбільшу частку ЧСЧ, які не отримали жодної консультації, зафіксовано в Донецьку (38%), далі йдуть Київ (17%) і Львів (9%). У Миколаєві всі ЧСЧ під час

---

[123] Аналітичний звіт за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки» / Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної Академії наук України, на замовлення ПРООН. — За ред. Шеремета С. П. — К., 2011. — С. 75.

[124] Большов Є.С., Касянчук М.Г., Трофименко О.В., Шеремет С.П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К., 2011. — Режим доступу: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/zvit_msm09.pdf. — С. 61.

[125] Визначення потреб чоловіків, які практикують секс з чоловіками, в основних послугах із профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки: Аналітичний звіт за результатами дослідження / Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй в Україні. — Дослідження виконане компанією «ГФК Юкрейн» (GfK Ukraine). — [К.,] 2011. — Режим доступу: http://www.undp.org.ua/files/ua_19369111117_OON_AIDS_MHSWM_book_preview.pdf. — С. 46–48.

[126] Аналітичний звіт за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки» / Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної Академії наук України, на замовлення ПРООН. — За ред. Шеремета С. П. — К., 2011.

проходження тесту отримали той чи інший вид консультацій, причому для переважної більшості (96%) тестування супроводжувалося як до-, так і післятестовою консультацією.

Дані дослідження Центру соціальних експертиз, про яке тут йдеться, та інших досліджень свідчать про системний характер невідповідності тестування на ВІЛ діям, передбаченим Протоколом. Якщо згадати, що під час ДКТ консультант розповідає, що таке ВІЛ/СНІД, якими є шляхи передачі інфекції, говорить про можливі наслідки результату тесту, розробляє план зниження ризику інфікування, обговорює результат тесту на ВІЛ, надає необхідну інформацію та психологічну підтримку, то можна стверджувати, що значна частина ЧСЧ, які звертаються до установи чи організації за тестуванням, не отримує або не актуалізує знань щодо ВІЛ/СНІДу, отже, не має поштовху до зміни способу життя на менш ризикований[127].

Важливими є відповіді респондентів, які проходили консультування, на запитання про те, чи повідомляли вони консультантові, що мають сексуальні контакти з чоловіками. 57% опитаних розповіли консультантові (самі чи у відповідь на запитання) про свою належність до категорії ЧСЧ, у 35% випадках консультант не запитував про гомосексуальні практики клієнта, а той не вважав за потрібне сам про це казати[128].

За даними моніторингового дослідження 2009 року щодо поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, проведеного на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 43% ЧСЧ повідомили консультанту, що вони мають секс із чоловіками, 17% приховали цю інформацію, незважаючи на те, що консультант поставив це запитання. Звернемо увагу, що у значній частині випадків (40%) людина, яка проводила дотестове консультування, не запитувала пацієнта про гомосексуальні практики[129].

Жителі різних регіонів не відрізняються в аспекті повідомлення під час ДКТ про свої гомосексуальні практики консультантові.

---

[127] Там само. — С. 75.

[128] Там само.

[129] Большов Є.С., Касянчук М.Г., Трофименко О.В., Шеремет С.П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К., 2011. — Режим доступу: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/zvit_msm09.pdf. — С. 61–62.

Таким чином, у тому випадку, якщо людина, яка *не повідомляє* про досвід одностатевого сексу, під час дотестової консультації розробляє з консультантом план зміни своєї поведінки на менш ризиковану, цей план ґрунтується на хибних засадах і не є ефективним.

Лише третина опитаних (32%) схарактеризували ставлення до них консультанта як позитивне та співчутливе, трохи менше від двох третин (59%) — як нейтральне, і лише 1% респондентів поскаржилися на негативні враження від спілкування з консультантом. Розподіл за містами демонструє цікаві відмінності: донецькі та львівські респонденти (56% та 41% відповідно) частіше характеризують ставлення консультантів до них як позитивне і співчутливе, тоді як київські та миколаївські (72% і 70% відповідно) — як нейтральне і формальне[130].

Практично всі ЧСЧ (99%), які тестувалися на ВІЛ, отримали результат тесту. Серед них позитивних виявилося 10%, що приблизно відповідає рівню поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ за результатами моніторингового дослідження 2009 року щодо поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, проведеного на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (8,6%)[131].

Відмова в наданні медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ

В Україні мають місце випадки ненадання медичної допомоги у зв'язку з підозрою на ВІЛ-позитивний статус.

Наведемо приклад. 33-річний ЧСЧ звернувся в м. Дрогобичі (Львівська обл.) до місцевої поліклініки з проблемою пухлини на обличчі. В районній лікарні пацієнтові зробили операцію, але невдало: хворий потребував повторного хірургічного втручання, проте лікар відмовився вживати подальших дій, повідомивши пацієнта в усній формі та без свідків, що має підозри стосовно його ВІЛ-позитивного статусу[132].

Звільнення з роботи у зв'язку з ВІЛ

Мають також місце такі випадки, коли позитивний ВІЛ-статус виявляється підставою для звільнення працівника з роботи.

---

[130] Аналітичний звіт за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки» / Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної Академії наук України, на замовлення ПРООН. — За ред. Шеремета С.П. — К., 2011. — С. 75.

[131] Там само. — С. 76.

[132] Там само. — С. 77.

У характерному випадку, що стався в м. Красному Лимані (Донецька область), постраждав 24-річний ЧСЧ, який працював менеджером із продажів в автосалоні. Збираючи документи на зарубіжну поїздку, він пройшов тестування на ВІЛ, дізнався про свій ВІЛ-позитивний статус і повідомив про це свого безпосереднього начальника. Той, за свідченнями потерпілого, *«сприйняв цю новину вкрай негативно»* і перевів свого підлеглого на менш оплачувану посаду, мотивуючи це тим, що працівник не має більше безпосередньо контактувати з клієнтами, бо *«може їх заразити»*. Приблизно за два тижні потерпілого взагалі було звільнено без повідомлення підстав звільнення. Потерпілий найняв для захисту своїх порушених прав адвоката та звернувся до суду, але за наполяганнями свого захисника припинив спроби добитися справедливості, оскільки адвокат переконав потерпілого у безперспективності судового процесу[133].

5. Порушення прав ЧСЧ у сфері охорони здоров'я поза контекстом ВІЛ-інфекції/СНІД[134]

Задокументовані випадки порушення прав ЧСЧом у сфері охорони здоров'я, не пов'язані з питаннями ВІЛ-інфекції/СНІДу, загалом нечисленні і стосуються відмови лікарів надавати медичну допомогу саме у зв'язку із сексуальною орієнтацією респондентів.

Перший випадок стався у січні 2010 року з 27-річним чоловіком у Донецьку. Захворівши на гостре респіраторне захворювання, він викликав додому лікаря-жінку з поліклініки за місцем проживання. У перебігу бесіди з лікарем пацієнт повідомив її, що практикує одностатевий секс. Після цього медик відмовилася здійснювати обстеження, не зробила медичних призначень і не виписала хворому лікарняного листа. Потерпілий звернувся з письмовою скаргою до поліклініки, але відповіді не надійшло. Пацієнт-ЧСЧ пережив унаслідок цього інциденту, за його власними свідченнями, депресію, а також зазнав матеріальних збитків, оскільки не отримав матеріальної компенсації за місцем роботи через відсутність лікарняного листа.

Інший випадок стався у березні 2010 року в Миколаївській області. 28-річний респондент звернувся до 50-річного лікаря за медичною допомогою; з розмови з пацієнтом лікар зрозумів, що має справу з чоловіком, який практикує

[133] Там само.

[134] Там само. — С. 44.

одностатевий секс. Як свідчить потерпілий, лікар йому сказав, що той схожий на людину, яка належить до категорії ЧСЧ. У підсумку, лікар, за словами респондента, звузив до мінімуму рекомендації щодо лікування і заявив пацієнтові: *«До побачення! Лікуйтеся, починаючи з голови: думки та вчинки приведіть до ладу»*. Потерпілий зазнав психологічної травми, йому було надано психологічну допомогу з боку місцевої громадської організації, яка працює з ЧСЧ.

Висновки за підрозділом[135]

1. Попри значний прогрес українського суспільства в напрямі піклування про ВІЛ-позитивних осіб та надійного захисту їхніх прав, і далі трапляються випадки незаконного розголошення ВІЛ-позитивного статусу людини шляхом повідомлення про це за місцем її проживання, що має наслідком соціальну ізоляцію та пригнічений психологічний стан потерпілих. Такі випадки, судячи за результатів дослідження, залишаються безкарними.
2. Дослідження свідчить також про упереджене ставлення до ВІЛ-позитивних ЧСЧ з боку соціального оточення, лікарів, роботодавців тощо.
3. Можна припустити, що більшість випадків звернень ЧСЧ за медичною допомогою ніяк не пов'язана зі сферою сексуальності; отже, лікарі зазвичай не мали гадки про гомо- чи бісексуальність респондентів (трохи менше двох третин респондентів — 59% — твердять, що медичний персонал не здогадувався, що вони практикують секс із чоловіками).
4. Утім, наявні дані не дають можливості підтвердити це припущення: і серед тих, хто приховує свою належність до ЧСЧ, і серед тих, хто готовий про це говорити де завгодно, лише одиниці згадали про факти відмови в наданні їм медичних послуг. Отже, щоби зробити надійні висновки, слід опитати значно більше людей, ніж опитано в рамках дослідження, на дані якого ми спираємося.
5. Навіть коли медичний персонал, знаючи про належність респондента до ЧСЧ (або припускаючи це), не відмовляє в допомозі, ставлення може бути як поважним, так і зневажливим. Результати опитування свідчать, що тільки в 14% випадків, коли медперсонал знає про гомо- чи бісексуальність пацієнта або припускає це, він ставиться до пацієнта зневажливо, образливо.

[135] Там само. — С. 44, 78.

6. Випадки порушення прав у сфері охорони здоров'я, що не пов'язані з питаннями ВІЛ/СНІДу, загалом нечисленні.
7. 6% опитаних стверджують, що випадки розкриття медичним персоналом конфіденційної інформації справді траплялися впродовж останніх чотирьох років, причому половина цих інцидентів (3%) була пов'язана із розкриттям сексуальної орієнтації респондента. Разом із тим, переважна більшість опитаних (94%) не мали таких проблем.

6. Потреба ЧСЧ у розширенні громадянських прав[136]

Громадянські права та свободи — це права та свободи, які захищають людину від несправедливості з боку офіційної влади (уряду, держави) та забезпечують можливість брати участь у громадянському й політичному житті суспільства на засадах справедливості.

У контексті охорони здоров'я найбільш актуальними для ЛГБТ є такі громадянські права:

1. Значна частка опитаних ЧСЧ зазначила, що вони хотіли б мати змогу **отримувати лікарняний по догляду за хворим партнером** як за родичем найближчого ступеня спорідненості, а також щоб на їхніх гомосексуальних партнерів поширювалися профспілкові пільги (40%).

2. 35% ЧСЧ, які потрапили до вибірки за дослідженням, зазначили, що хотіли б приймати **обов'язкові для лікарів рішення стосовно медичних утручань** у разі, коли їхній партнер має проблеми зі здоров'ям і перебуває в непритомному стані, та мати безумовне **право на відвідування партнера в реанімації**.

7. Лесбійки: проблема отримання гінекологічної допомоги

➤ **Лесбійка** — жінка з гомосексуальною орієнтацією та/або гомосексуальною ідентичністю.

У розумінні *сексуальної ідентичності* лесбійка — це жінка, яка вважає саму себе лесбійкою, незалежно від того, чи демонструє вона це назовні, чи

[136] Аналітичний звіт за результатами проекту «Моніторинг порушень прав людини в контексті доступу ЧСЧ до основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки» / Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної Академії наук України, на замовлення ПРООН. — За ред. Шеремета С. П. — К., 2011. — С. 86.

ні. Лесбійка в розумінні сексуальної ідентичності може мати гомосексуальну орієнтацію, рідше — бісексуальну.

В розумінні *сексуальної орієнтації* лесбійка — це жінка, яка відчуває необхідність у психоемоційній та еротичній (чуттєвій) близькості й задоволенні сексуальних потреб виключно або майже виключно з представницями власного ґендеру.

Інформація, наведена в цьому підрозділі нижче, подається за публікацією Лайми Гейдар та Ганни Довбах «Быть лесбиянкой в Украине: обретая силу»[137].

Лесбійка може отримати адекватну медичну допомогу тільки якщо проблема не пов'язана з необхідністю відкриття себе, тобто до тих пір, поки її сприймають як гетеросексуалку. Представниць лесбійської спільноти особливо обурює обслуговування та ставлення лікарів-гінекологів.

Наведемо свідчення жінки Л. із Києва:

> *«Каждое посещение гинеколога вызывает колоссальный психологический дискомфорт, начиная с того момента, когда ты садишься в гинекологическое кресло и докторесса, надевая одноразовые перчатки, выбирает для тебя зеркальце самого большого размера… и ты кричишь: «Нет! Мне, пожалуйста, поменьше!» «Почему? — спрашивает она. — Неужели Вы не живете сексуальной жизнью?» И я отвечаю: «Нет, я не живу сексуальной жизнью». Тогда она говорит: «Когда Вы в последний раз имели мужчину? А что за контрацептивы Вы используете? Да у Вас внематочная беременность!» и т. п. И я не могу прямо сказать, что уже более 16 лет не имею отношений с мужчинами, так как мне этого просто не надо! И поэтому мне приходится делать каминаут, чтобы сразу решить массу вопросов и недоразумений. И каждый раз, когда я это говорю, у людей делаются круглые глаза. Они начинают бегать туда-сюда и не знают, что делать… И все назойливо рекомендуют иметь секс с мужчинами, так как это ужасно полезно для здоровья: и белки, и жирки, и мелки, и чудеса дивные… — ну просто вся таблица Менделеева содержится в сперме! При этом забывают сказать, что сперма понижает местный иммунитет и вызывает аллергию, что в сперме также может находиться вирус герпеса, ВИЧ-инфекция и целый букет других заболеваний, и все это помимо нежелательной беременности. Я предпочитаю получать витамины и микроэлементы, необходимые для здоровья, другим, более естественным способом, например, правильно питаться»*[138].

---

[137] Гейдар Л., Довбах А. Быть лесбиянкой в Украине: обретая силу / Науч. ред. Нагорная Н. — Издано при финансовой поддержке COC-Netherlands в рамках проекта «Развитие личностного потенциала в СНГ: ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД в среде сексуальных меньшинств». — К., 2007. — 122 с. — Режим скачивания: http://www.feminist.org.ua/about/projekt/lesbian_ua2007.zip.

[138] Там само. — С. 75–76.

А ось свідчення жінки С. із Донецька:

«У гинеколога можно попасть в неприятную ситуацию, в которую попала не только я. Она меня спрашивает: «Вы живете половой жизнью?» — «Да». — «Садитесь, я буду вас смотреть». А что она будет смотреть, если у меня не было секса с мужчиной. Если есть какие-то проблемы — ты не можешь объяснить: я живу с девочкой, я занимаюсь любовью не с помощью фаллоса, а при помощи рук. Мне надо ей сказать, что я лесбиянка, я не знаю, как она отреагирует. В 25 лет не было секса с мужиком… Подумает, дура какая-то. Если она вдруг мне скажет: «Извините, наша клиника только для белых», — попадаешь в неприятную ситуацию, как в первом классе, когда тебя ругают за плохое поведение. Если бы хотя бы в одном кабинете в городе принимали лесбиянок. Но, наверное, все бы ходили смотреть, кто туда ходит. У нас еще не готовы, не воспринимают хорошо лесбиянок»[139].

І ще одне свідчення жінки із харківської лесбійської групи:

«Я хочу сказать, что врачи не могут адекватно разговаривать на эту тему, даже в платных клиниках, где они не стесняются, не хватаются за голову, не падают в обморок от того, что я не сплю с мужчинами. Они не могут адекватно ответить на мои вопросы, они никогда об этом не думали. У них нет психологического барьера, но они не думали об этом. В книжках это опускается за ненадобностью, потому что не стоял так вопрос»[140].

8. Права трансґендерів

➤ **Трансґендер** — людина, ґендерна ідентичність якої відрізняється від статі, визначеної при народженні.

До трансґендерів не прийнято відносити інтерсексуалів (гермафродитів), оскільки їхні визначальні риси пов'язані з біологічними особливостями, а не з ґендерною ідентичністю. Проте окремі особи, що є інтерсексуалами, можуть бути також і трансґендерами.

Із числа трансвеститів до трансґендерів належать тільки ті, для яких визначальними є психологічні, а не сексуальні чинники (трансвестити подвійної ролі).

Трансґендери визначаються такими незалежно від того, на кого спрямовані їхні сексуальні потреби — представників (представниць) власного чи про-

[139] Там само. — С. 76.

[140] Там само.

тилежного ґендеру. За сексуальною орієнтацією трансґендери можуть бути як гетеросексуалами, так і гомосексуалами, так і бісексуалами або належати до категорії осіб із невизначеною сексуальною орієнтацією. На побутовому рівні трансґендерів інколи плутають або ототожнюють із гомосексуалами.

Категорія трансґендерів є узагальнюючою: до їх числа належать, зокрема, транссексуали, андрогіни, біґендери.

- **Транссексуал** — людина, що має ґендерну ідентичність, протилежну до статі, визначеної при народженні, та яка за допомогою медичних (зокрема гормональних), косметологічних та інших утручань змінює (змінила) зовнішність і фізіологічні функції свого організму або коригує (скоригувала) первинні та вторинні статеві ознаки з метою приведення свого тіла, фізіології та зовнішності у відповідність до свого ґендеру.
- **Транссексуалізм** — психічно-поведінковий розлад статевої ідентичності, що кваліфікується в Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду за кодом F64.0 і потребує терапевтичного втручання — а саме, комплексу заходів з корекції статевої приналежності.

В МКХ-10 транссексуалізм описується таким чином: *«Це бажання жити і бути сприйнятим оточуючими як представник протилежної статі. Ці люди постійно відчувають в собі якусь невідповідність і дискомфорт через свою анатомічну стать. Вони звичайно хочуть змінити свою стать, намагаються удатися до хірургічних і гормональних методів перебудови свого тіла таким чином, щоб воно по можливості максимально відповідало стереотипу протилежної статі, якій віддається перевага»*[141].

Серед діагностичних критеріїв транссексуалізму вирізняють, зокрема, такі: (1) транссексуальна ідентичність має стійко зберігатися не менше двох років; (2) транссексуальні нахили не повинні виступати симптомом іншого психічного розладу (наприклад, шизофренії) та не повинні бути обумовлені хромосомною аномалією.

Корекція статевої належності відбувається декількома шляхами (у декілька етапів):

[141] Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я: Десятий перегляд / Всесвітня організація охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут громадського здоров'я. — Т. 1, ч. 1. — К., Здоров'я, 1998. — С. 401.

— *гормонально* — шляхом зміни гормонального фону організму методами гормонотерапії;
— *операційно* — шляхом корекції первинних (в окремих випадках також вторинних) статевих ознак хірургічними методами;
— *документально* — шляхом заміни документів індивіда з метою зміни документальної статі та повного імені з чоловічого на жіноче або навпаки.

Базовою нормою законодавства, що регулює питання зміни статі в України, є стаття 51 «Зміна (корекція) статевої належності» Основ законодавства України про охорону здоров'я:

> «На прохання пацієнта відповідно до медико-біологічних і соціально-психологічних показань, які встановлюються Міністерством охорони здоров'я України, йому може бути проведено шляхом медичного втручання в акредитованих закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) його статевої належності.
>
> *Особі, якій було здійснено зміну статевої належності, видається медичне свідоцтво, на підставі якого надалі вирішується питання про відповідні зміни в її правовому статусі»*[142].

Порядок зміни (корекції) статевої належності докладно визначено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 3 лютого 2011 року № 60 «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності» (зареєстрований у Міністерстві юстиції України 25 лютого 2011 року за № 239/18977; чинний з 14 березня 2011 року)[143].

Проблема переходу і корекції статі

Наведені нижче відомості про медичні проблеми трансґендерів ґрунтуються на виданому 2010 року дослідженні «Ситуация трансгендеров в Украине»[144].

Якщо результатом формування ґендерної ідентичності трансґендерів в юності стає негативна ідентичність, ґендерна плутанина і ґендерна дис-

---

[142] http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12.

[143] http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0239-11&p=1299965003674441.

[144] Ситуация трансгендеров в Украине: Отчёт по исследованию / [Автор-составитель канд. психол. наук С. Иванченко, при участии А. Довгопол, И. Ирискиной, Т. Лысенко.] — К., ОО «Инсайт», 2010. — 56 с. — Режим доступа: http://www.insight-ukraine.org.ua/media/TRP_report.pdf.

форія, то на другому етапі з'являється усвідомлене прагнення до корекції статі як наслідок необхідності постійно приховувати свою сутність і вести подвійне життя.

Більшість трансґендерів бачать для себе тільки один вихід із тупикової ситуації — хірургічну корекцію статі. Однак для отримання дозволу на це необхідно пройти кілька етапів обстежень, комісій, отримати офіційний дозвіл, що є тривалим і складним процесом, пов'язаним із юридичними, економічними та іншими проблемами. Власне, проблема переходу в бажаний ґендер має кілька аспектів — медичний, юридичний, фінансовий і соціально-психологічний.

У *медичному аспекті* перехід надзвичайно складний і пов'язаний з ризиком через тривалість гормональної терапії і хірургічного втручання. Крім того, лікуванню передує тривалий етап попередніх обстежень з боку спеціальної комісії на предмет стану здоров'я, психіатричного і психологічного стану. Підготовчий етап може зайняти багато років — до десяти та більше. Це ще один фактор, що знижує якість життя трансґендерів поряд із відсутністю кваліфікованої допомоги, стигмою та дискримінацією. Крім того, значні фінансові витрати на операцію та лікування роблять бажаний перехід для багатьох якщо і реальним, то в дуже віддаленій часовій перспективі.

Об'єктивно існують такі перешкоди на шляху до корекції статі. Рішення приймає спеціальна комісія, яка керується в своїй роботі названим вище наказом МОЗ України та додатками до нього. Але комісія працює зі значними перервами, під час яких дозволів на операції не видавалося. Як зазначила одна респондентка, в попередньому наказі МОЗ України з питань корекції статевої належності (нині його вже скасовано) *«обов'язковим показанням є небезпека суїциду у людини, а якщо він не схильний до суїциду, то не можна робити операцію. І ще є умова, що лікар повинен проводити психотерапевтичну роботу, націлену на відмову пацієнта від операції»*. Респонденти підтверджували в своїх інтерв'ю, що така робота ведеться: при зверненні трансґендерів за допомогою, лікарі і психологи намагаються всіляко відмовляти їх від операції. Ось одне зі свідчень такого роду:

> *«Я пришел к нему* [психологу] *на прием, мы начали общаться, причем до последнего момента он не понимал, кто перед ним, поэтому он со мной нормально общался. А потом он мне сказал, что не понимает, в чем моя проблема. Я ему объяснил. Он спросил, зачем мне что-то делать, если можно просто поменять паспорт, и все меня будут нормально воспринимать по паспорт-*

ному полу. Это была зима. А куда я летом дену третий размер груди?!» (С., 26 років, Київська область)[145].

Крім спроби переконати трансґендерів, лікарі також всіляко залякують їх можливими ускладненнями, кажучи, наприклад, таке:

«Десять лет Вам точно гарантируем, десять лет поживете, и то — какие проблемы со здоровьем, с печенью будут! Сердце увеличивается, печень увеличивается, все это будет торчать, выступать» (С., 34 роки, Донецька область)[146].

Серед інших проблем, із якими стикаються трансґендери в медичній сфері, часто називалися бюрократичність процесу підготовки, те, що комісія з корекції статі в Україні не працювала тривалий час, а також дорожнеча лікування, відсутність послуг із охорони та збереження здоров'я для трансґендерів. Ось одне з відповідних свідчень:

«Просто комиссии нет, и ощущение ожидания плохо действовало, мне было очень плохо. Сейчас мне намного спокойней, у меня появился какой-то смысл жизни и намного комфортней себя чувствую. Эмоциональный фон радостный и уютный. Тогда это было мучение, 24 часа в сутки у меня было плохое настроение, был психоз, постоянно были мысли о комиссии — когда же она будет наконец-то» (С., 24, Київська область)[147].

Отримання діагнозу «транссексуалізм», із яким потім можна буде піти на комісію, також часто наштовхується на опір медичних працівників:

«Они сказали: «Да, пожалуйста, ложитесь. Оплачивайте отдельную палату. Полежите у нас неделю. И мы поставим Вам диагноз. Но учтите, что этот диагноз ставится одному из 10 000. Так что рассчитывать на «шару» нет смысла. Вы должны понимать, что среди Вашего контингента много шизофреников и больных людей!» И он начал выяснять, какое же моё паспортное имя. «То, что Вы себе придумали в отношении имени — это Вы придумали, а по-настоящему?» Я говорю: «В меня зовут по-настоящему!» Ну, ладно, говорит, пусть будет В*.*

---

[145] Ситуация трансгендеров в Украине: Отчёт по исследованию / [Автор-составитель канд. психол. наук С. Иванченко, при участии А. Довгопол, И. Ирискиной, Т. Лысенко.] — К., ОО «Инсайт», 2010. — Режим доступа: http://www.insight-ukraine.org.ua/media/TRP_report.pdf. — С. 33.

[146] Там само. — С. 33.

[147] Там само. — С. 34.

Именно из-за этого «пусть будет», человеку будет проще мне поставить шизофрению. И за деньги до пенсии меня лечить» (В., 35, Николаевская обл.)[148].

Донині існує проблема, що формально отримати медичну допомогу можна тільки за місцем прописки/реєстрації. Враховуючи, що проблемами трансґендерів фактично займаються тільки в Києві і за допомогою до столиці їдуть люди з усієї країни, їм можуть відмовити на підставі відсутності прописки/реєстрації. Свідчить один із трансґендерів:

«Она мне сказала: «Я не буду тебя принимать, потому что ты не из Киева! Это была К., которая всех принимала. «Теперь забудьте про это всё! Езжайте по прописке. Проходите, где хотите!» Так и сказала!» (А., 25 років, Луганська область)[149].

Більш того, на регіональному рівні далеко не в кожному місті є медичні структури, які мали б досвід або ж хоча б теоретично знали, як необхідно працювати з трансґендерами. В Україні існує лише один-два центри, в яких можна зробити операції з корекції статевої належності, а якість операцій не завжди задовільна. Ось одне зі свідчень з цього приводу:

«Она говорила, что в Украине можно сделать, но говорила, что у нас не очень хорошие результаты делают. Вот в России лучше… Тем более, комиссию пройти трудно у нас. Только единицы проходят. В основном всех отсеивают» (С., 34 роки, Донецька область)[150].

Можливість отримання медичної консультації і допомоги[151]

Питання здоров'я мають для трансґендерів особливе значення, оскільки пов'язані з психіатричної діагностикою, гормонотерапією, хірургічним утручанням. Але й звичайне звернення за рутинною медичною допомогою для трансґендерів часто є проблематичним через їхній невизначений статус.

Потребу в медичному обслуговуванні відзначають практично респонденти, яких опитували при підготовці дослідження «Ситуація трансґендерів

---

[148] Там само.

[149] Там само.

[150] Там само.

[151] Ситуация трансгендеров в Украине: Отчёт по исследованию / [Автор-составитель канд. психол. наук С. Иванченко, при участии А. Довгопол, И. Ирискиной, Т. Лысенко.] — К., ОО «Инсайт», 2010. — Режим доступа: http://www.insight-ukraine.org.ua/media/TRP_report.pdf. — С. 38–39.

в Україні» (2010), на яке ми спираємося, але далеко не всі з них отримували кваліфіковану допомогу. В ході дослідження було виявлено, що трансґендери часто стикаються з нерозумінням або упередженим ставленням медпрацівників, багато зіткнулися з низьким рівнем кваліфікації, незнанням проблематики трансґендерності/транссексуалізму; зустрічалися також випадки зневажливого та недбалого ставлення медичного персоналу.

Загалом, для трансґендерів становить певні труднощі звичайне звернення за медичною допомогою з такими захворюваннями, як застуда чи грип.

> *«Я сейчас их* [врачей] *вообще избегаю, потому что мне было очень неприятно, когда у меня выросла грудь. С педиатром не было проблем, но с терапевтом для меня ужасно было заболеть. У меня почти нет больничных, я всегда выкручивался, как мог. Один раз даже пневмония была из-за этого. Мне было страшно, что бы она меня прослушала и видела весь этот ужас. Так дело дошло до того, что у меня пневмония началась»* (С., 24 роки, Київська область).

Особливо це стосується таких фахівців, як гінекологи та урологи.

> *«Я подходил к двум врачам гинекологам. Они, правда, молодые были. И одна вообще там панику устроила, запищала аж. Говорит, я не знаю, что с тобой делать и как тебя проверять. Я говорю: «Как обычного человека, как обычную женщину, просто осмотр и все». А потом я подошел к женщине, взрослая такая, можно сказать даже пенсионерка. Она меня обследовала. Но все равно видно, что для нее это было очень дико. То есть, она осматривала меня, где у меня растет борода. То есть, она не понимала этого. Она считала, что если ты хочешь стать, допустим, мальчиком, значит, у тебя должна расти борода»* (С., 24 роки, Одеська область).

Ще складніше буває отримати консультації фахівців власне з питань трансґендерності — як правило, в регіонах таких спеціалістів просто не існує. Ось декілька свідчень:

> *«Ребята из Николаева обращались к областному психотерапевту по месту жительства. Он им сказал: «Вы все это себе надумали!» Ну и обращалась к ним по паспорту. Сказали, что у них нет такого спектра услуг»* (А., 26 років, Миколаївська область).
>
> *«Когда я приехал в свой родной город, мне пришлось обойти семь областных больниц. Я столкнулся с тем, что врачи, во-первых, боятся, так как они с этим не сталкивались. Советуют ехать в Киев, даже не направляя в какое-то конкретное медицинское заведение, так как совершенно не имеют данного рода информации»* (С., 23 роки, Київська область).

«С уверенностью можно говорить о том, что медики, знакомые со старым приказам, должны знать адреса киевских медицинских заведений, занимающихся данным вопросом. Я же столкнулся с тем, что даже этой информации у врачей в конкретно моём городе не было. Хотя, опять же, если возвращаться к старому приказу, то в нём указана процедура, по которой человек, идентифицирующий себя как транссексуал, должен обратиться к сексопатологу по месту прописки, который, в свою очередь, выпишет пациенту направление либо в «Центр планирования семьи», либо в «Институт урологии и андрологии», с которым пациент сможет записаться на приём к врачу. По результатам моей коммуникации с городскими больницами, я убедился, что такой информации у них нет, а соответственно и опыта работы с Т-людьми тоже нет» (С., 23 роки, Київська область).

Гормонотерапія[152]

Серед проблем охорони здоров'я, з якими стикаються трансґендери, на першому місці стоїть відсутність системи консультування з трансґендерних питань у сексопатологів і ендокринологів. Об'єктивно в Україні немає (чи майже немає) ендокринологів, які спеціалізуються на трансґендерних питаннях, і респонденти, які намагалися звернутися до ендокринологів, це підтвердили.

«Эндокринологи как таковые, наши местные, с этими вопросами вообще не сталкивались и даже таких названий не знали» (Ж., 24 роки, Київська область).

«Я была один раз у эндокринолога, но после того, как она мне сказала вещи, которые не соответствуют действительности, я решила, что не нужны мне такие врачи» (И., 31 рік, Київська область).

«Я продолжала попытки найти способ начать ГРТ[153]*. Ездила в Кировоград к сексопатологу, который мне почему-то посоветовал «Метандростенолон». Ну, я поняла, что это не то. Я понимала, что это мужской гормон. Больше туда я не возвращалась. Начала искать другого врача. Следующий раз поехала в областную больницу, уже к эндокринологу. Я объяснила ей, что хочу начать ГРТ и мне нужен совет, что принимать. Она сказала, что они по этому поводу не консультируют. Необходимо обращаться в Киев. Она не сказала точно куда. Никаких координат она не дала. Просто нужно в Киев»* (В., 35 років, Кіровоградська область).

---

[152] Ситуация трансгендеров в Украине: Отчёт по исследованию / [Автор-составитель канд. психол. наук С. Иванченко, при участии А. Довгопол, И. Ирискиной, Т. Лысенко.] — К., ОО «Инсайт», 2010. — Режим доступа: http://www.insight-ukraine.org.ua/media/TRP_report.pdf. — С. 39–40.

[153] Тобто HRT: hormone replacement therapy (англ. — гормональна замісна терапія).

«Ты знаешь, какие у нас эндокринологи. Знаешь, я сомневаюсь, что они догадываются о существовании транссексуалов. Они, в основном, работают с диабетиками» (Э., 21 рік, Одеська область).

Не отримавши необхідних консультацій і призначень, трансґендери починають приймати гормони самостійно, препарати й дозування підбираються методом спроб і помилок, «з подачі» знайомих та за відомостями з Інтернету.

«Зашла на некоторые сайты. Познакомилась с Н. П., которая после SRS[154]*, из Ровно. Это был первый человек, с которым я общалась в Интернете. Именно она посоветовала мне начать ГРТ с «Микрофоллина». Месяца три по её наставлениям я принимала эти гормоны, а потом у меня начался срыв из-за больших доз… Н. же не специалист, и она по своему опыту посоветовала. Ну, у меня резко поднялось давление, вызвали скорую. Я, конечно, молчала, как партизан, что со мной и почему»* (В., 35 років, Кіровоградська область).

«Я попыталась начать пить гормоны. Но тогда я, честно говоря, мало чего знала. И нахомутала так, что у меня давление скакало, ниже 140-ка не опускалось, 190 как правило, а сколько раз было, когда теряла сознание, я не знаю. И так продолжалось больше месяца. А когда стали выпадать из памяти дни, некоторых дней я вообще не помнила, то я вынуждена была прерваться, полгода очухивалась» (О., 51 рік, Дніпропетровська область).

«С врачами я ни с кем не консультировался, опять же из-за своей закрытости […]. Я очень некоммуникабельный, так получилось, человек. Мне сложно вообще с кем-либо выйти на разговор. Пойти к врачам, вот так вот им сказать о себе прямо что-то. Так мне и не удалось себя заставить, переломить» (Л., 31 рік, Харківська область).

«Мне было невтерпеж, и я прописала себе гормоны сама. Поехала, купила. Как оказалось, очень правильные дозировки, которые потом уже, под контролем Л повышала»* (Ю., 24 роки, Харківська область).

Як видно з наведених вище свідчень, відсутність можливості проконсультуватися з фахівцями-ендокринологами призводить, як правило, до хибного вживання гормональних препаратів і негативних наслідків для здоров'я.

---

[154] SRS: sex reassignment surgery (англ. дослівно — хірургічне статеве перепризначення) — хірургічна корекція статевої належності.

Рекомендації щодо забезпечення прав людини для ЛГБТ в галузі охорони здоров'я

№	Зміст рекомендації	Виконавці рекомендації
Законодавча та нормотворча діяльність. Протидія дискримінації та забезпечення прав людини для представників цільових груп		
1.	Законодавчо забезпечити недопущення дискримінації людей на підставі сексуальної орієнтації чи ґендерної ідентичності у сфері охорони здоров'я	Верховна Рада України, Президент України
2.	Забезпечити імплементацію в Україні Міжнародних керівних принципів з ВІЛ/СНІДу та прав людини (об'єднана редакція 2006 р.)[155]	Президент України, Верховна Рада України (профільні комітети — з питань охорони здоров'я, з питань прав людини, національних меншин і міжнаціональних відносин), Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, інші центральні органи виконавчої влади
3.	Експліцитно зафіксувати соціальну групу «сексуальні та ґендерні меншини (включаючи ЧСЧ/геїв, бісексуалів, трансґендерів/транссексуалів, ЖСЖ/лесбійок, бісексуалок) в офіційному переліку груп ризику, затвердженому МОЗ України відповідно до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», згідно з яким *«визначення та перегляд переліку таких груп здійснюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я з урахуванням критеріїв та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я»*[156]	Міністерство охорони здоров'я України
4.	Забезпечити впровадження міжнародних документів про сексуальні права людини, зокрема Валенсійської декларації «Права людини в сфері реалізації сексуальності» (1997 р.), робочих визначень сексуального здоров'я та сексуальних прав, прийнятих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (2002 р.), Монреальської декларації «Сексуальне здоров'я для Тисячоліття» (2005 р.)	Міністерство охорони здоров'я України, спільно з Академією медичних наук України, Всеукраїнською громадською організацією «Асоціація сексологів та андрологів України»

[155] http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1252-humanrights_ru.pdf

[156] Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1972-12.

№	Зміст рекомендації	Виконавці рекомендації
5.	Проводити постійний моніторинг виконання вимог Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» щодо заборони дискримінації осіб на підставі наявності у них ВІЛ-інфекції, а також на підставі їхньої належності до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ	Міністерство охорони здоров'я України
6.	Уживати превентивних та дисциплінарних заходів у зв'язку з порушенням лікарської етики медичним персоналом (розголошення інформації про гомосексуальність, бісексуальність, трансґендерність/транссексуальність пацієнта, неприпустимі висловлювання на адресу пацієнта, відмова в наданні медичних послуг чи їх неадекватне надання), а також забезпечувати конфіденційність обігу медичної документації, з якої випливає гомосексуальність, бісексуальність, трансґендерність	Міністерство охорони здоров'я України та підпорядковані йому заклади охорони здоров'я
7.	Забезпечити допуск гомосексуалів (геїв та лесбійок) до донорства крові та її компонентів на недискримінаційній основі, внісши відповідні зміни до документа «Перелік захворювань, протипоказань до донорства і форм ризикованої поведінки» — додатку 3 до Порядку медичного обстеження донорів крові та (або) її компонентів, затвердженого наказом Міністерством охорони здоров'я України від 1 серпня 2005 року № 385 «Про інфекційну безпеку донорської крові та її компонентів»[157], зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 16 серпня 2005 року за № 896/11176 і чинного з 27 серпня 2005 року — у частині вилучення позиції «гомосексуальні стосунки» із пункту 1.3 «Форми ризикованої поведінки»	Міністерство охорони здоров'я України, за поданням Міжвідомчої робочої групи з питань надання соціальних послуг уразливим групам населення у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу
8.	Забезпечити повноцінну реалізацію прав гомосексуалів, бісексуалів і трансґендерів на батьківство та материнство, включаючи безперешкодний доступ до виховання власних	Верховна Рада України (профільні комітети — з питань сім'ї, молодіжної політики, спорту та туризму, з питань охорони здоров'я), Кабінет Міністрів України, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України,

[157] http://zakon2.rada.gov.ua/rada/show/z0895-05.

№	Зміст рекомендації	Виконавці рекомендації
8.	дітей, користування послугами сурогатного материнства (для геїв), штучного донорського запліднення (для лесбійок), можливостями всиновлення/вдочеріння	Міністерство охорони здоров'я України, Державний департамент з усиновлення та захисту прав дитини, суди
Забезпечення участі представників спільноти у прийнятті рішень		
9.	Увести до складу Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу представника ЧСЧ-сервісних/ЛГБТ-організацій України у відповідності до спеціально встановленої квоти	Кабінет Міністрів України
10.	Увести представників ЛГБТ-організацій до громадських рад при відповідних міністерствах і відомствах	Міністерство соціальної політики України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України, Державна пенітенціарна служба України
11.	Увести представників ЛГБТ- та/або ЧСЧ-сервісних організацій до складу місцевих координаційних рад з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у відповідності до спеціально встановленої квоти	Місцеві державні адміністрації
Підготовка та підвищення кваліфікації персоналу		
12.	Розробити та включити до навчальних програм вищих медичних навчальних закладів курс із профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед ЧСЧ і ЖСЖ, розширити навчальні курси з питань людської сексуальності та привести їх у відповідність із міжнародними стандартами; включити аналогічні курси до програм перепідготовки лікарів (дерматовенерологів, урологів, гінекологів, сексологів, андрологів, інфекціоністів, проктологів, отоларингологів, наркологів, представників інших медичних спеціалізацій) на базі медичних навчальних закладів післядипломної освіти; включити ознайомчі курси відповідної тематики до програми підготовки молодших медичних працівників (медичних сестер, фельдшерів, санітарів)	Міністерство охорони здоров'я України, Академія медичних наук України, із залученням ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних недержавних організацій

№	Зміст рекомендації	Виконавці рекомендації
13.	Розробити та впровадити у закладах охорони здоров'я всіх форм власності інструкції щодо роботи з ЧСЧ та ЖСЖ для лікарів та молодшого медичного персоналу. Зокрема, включити до інструкції: інформацію про специфіку поведінкових практик, медичні та санітарно-гігієнічні аспекти сексуальних практик ЧСЧ і ЖСЖ та вплив таких практик на здоров'я, використання ЧСЧ і ЖСЖ продукції інтимного призначення та сексуальних стимуляторів, настанови щодо пропагування безпечного сексу, доцільності зниження кількості випадкових статевих зв'язків і застосування сексуальних практик, небезпечних з точки зору збереження здоров'я	Міністерство охорони здоров'я України, Академія медичних наук України, із залученням ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних недержавних організацій
14.	Проводити просвітницько-навчальні заходи (семінари, тренінги тощо) для медичних працівників щодо забезпечення дотримання прав осіб, які належать до ЛГБТ-спільноти, звертаючи особливу увагу на добровільність тестування на ВІЛ-інфекцію та необхідність проведення до- та післятестового консультування, на обов'язок з боку медичних працівників запобігати проявам упередженого ставлення, дискримінації, відмови в наданні медичної допомоги у зв'язку з сексуальною орієнтацією	Міністерство охорони здоров'я України, спільно зі спеціалізованими агенціями ООН, організаціями, які сприяють інституційному розвиткові ЧСЧ-сервісу
15.	Довести до відома лікарів закладів охорони здоров'я всіх форм власності мотивовану заборону щодо примусового «лікування» гомосексуальності чи бісексуальності підлітків на вимогу їхніх батьків чи осіб, що їх замінюють, уключаючи заборону примусового психіатричного втручання, медикаментозного лікування та розміщення у медичному закладі на стаціонарній основі	Міністерство охорони здоров'я України
16.	Проводити тренінги для працівників закладів охорони здоров'я державної форми власності з метою інформування про специфічні медичні потреби гомосексуалів, бісексуалів і трансґендерів, виховання толерантного ставлення до них, вироблення належної етики спілкування з цими категоріями пацієнтів	Міністерство охорони здоров'я України та підпорядковані йому заклади охорони здоров'я, із залученням ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних недержавних організацій

№	Зміст рекомендації	Виконавці рекомендації
17.	Створити та розвивати дружню до ЧСЧ/ЛГБТ мережу медичних спеціалістів, із використанням позитивного досвіду проекту «Мережа» Регіонального інформаційного і правозахисного Центру для геїв та лесбійок «Наш світ» (2009–2010 рр.)[158]	ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісні недержавні організації в партнерстві з закладами охорони здоров'я
18.	Проводити просвітницькі семінари з питань здоров'я ЧСЧ та ЖСЖ для психологів і медиків закладів пенітенціарної системи (Державної кримінально-виконавчої служби України)	Державна пенітенціарна служба України, за сприяння ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних організацій
Соціальна робота для цільової аудиторії		
19.	Розробити та впровадити стандарти соціальної роботи з підлітками та молоддю, яка належить до ЛГБТ, та надавати їм соціальні послуги із обов'язковим включенням до їх складу пропагування здорового способу життя, заходів із протидії звичкам, які шкодять здоров'ю (курінням, надмірним уживанням алкоголю та інших психостимуляторів), профілактики наркотичної залежності, популяризації активного відпочинку, занять фізичної культурою та спортом ()	Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України, Державна служба молоді та спорту України
20.	У рамках соціального замовлення щорічно надавати фінансову підтримку для реалізації недержавними організаціями програм, спрямованих на психологічну та соціальну підтримку гомосексуалів, бісексуалів і трансґендерів, пропаганду безпечної сексуальної поведінки, профілактику ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших ЗПСШ серед ЧСЧ і ЖСЖ	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, його територіальні підрозділи, зокрема, Головне управління у справах сім'ї та молоді Київської міської державної адміністрації

[158] Про цей досвід див.: Касянчук М.Г. и др. «Сеть» и сети: отчёт об исследовании «Структура социальной сети МСМ Донецка прилегающих городов» / «Донбасс-СоцПроект», Центр «Наш мир». — Авт. колл.: М.Г. Касянчук, Е.Б. Лещинский, Г.А. Журбий, Р.В. Сидорченко, Ю.Н. Миготин. — Донецк: Компьютерная типография, 2009. — 78 с. — Режим доступу: http://gay.org.ua/publications/network_project_2009.pdf.

№	Зміст рекомендації	Виконавці рекомендації
	Інформаційна політика та просвітницькі заходи щодо цільової аудиторії	
21.	Регламентувати та забезпечувати вільний, нецензурований доступ до інформації з питань сексуальності, репродуктивного здоров'я та іншої інформації, потребу в якій мають гомосексуали, бісексуали й трансґендери	Телекомунікаційні провайдери, Національна експертна комісія України з питань захисту суспільної моралі
22.	Розробити вимоги щодо розміщення на інформаційних стендах, що знаходяться в приміщеннях медичних закладів усіх форм власності (в тому числі центрів СНІДу), спеціалізованих інформаційних блоків з питань збереження здоров'я (сексуального, репродуктивного та іншого), адресованих ЧСЧ та ЖСЖ; контролювати наявність і належну змістовну якість таких інформаційних блоків	Міністерство охорони здоров'я України та підпорядковані йому заклади охорони здоров'я, із залученням ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних недержавних організацій
	Сфера протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, ЗПСШ	
23.	Упроваджувати заходи, спрямовані на мотивування ЧСЧ і ЖСЖ до тестування на ВІЛ і діагностики інших ЗПСШ	Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України
24.	Посилити контроль у закладах охорони здоров'я щодо дотримання вимог частини 3 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» про конфіденційність відомостей про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції	Міністерство охорони здоров'я України та підпорядковані йому заклади охорони здоров'я
25.	Забезпечити належний доступ ЧСЧ до постконтактної профілактики	Заклади охорони здоров'я в партнерстві з ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісними недержавними організаціями
26.	Забезпечувати соціальне піклування про ВІЛ-позитивних ЧСЧ і ЖСЖ, здійснювати необхідний немедичний догляд і підтримку	Міністерство соціальної політики України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України, за участю ЛГБТ-, ЧСЧ-сервісних та ВІЛ-сервісних недержавних організацій
27.	Здійснювати заходи з «позитивної» профілактики, спрямованою на ЧСЧ і ЖСЖ	Міністерство охорони здоров'я України та підпорядковані йому заклади охорони здоров'я

№	Зміст рекомендації	Виконавці рекомендації
28.	Упроваджувати заходи з догляду та підтримки для ВІЛ-позитивних ЧСЧ, ЖСЖ і трансґендерів, які перебувають у закладах пенітенціарної системи (Державної кримінально-виконавчої служби України)	Державна пенітенціарна служба України, із залученням ЛГБТ- та ЧСЧ-сервісних недержавних організацій
	Проблематика трансґендерів	
29.	Проводити із залученням фахівців міжнародного рівня просвітницько-навчальні заходи (семінари, тренінги тощо) для медичних працівників (психіатрів, гінекологів, урологів, ендокринологів, сексопатологів тощо) з метою підвищення рівня їх обізнаності з питань транссексуалізму	Міністерство охорони здоров'я України, спільно з ЛГБТ-організаціями і спеціалізованими агенціями ООН
30.	Забезпечити доступ трансґендерів до компетентного медичного консультування та лікування на недискримінаційній основі	Міністерство охорони здоров'я України
31.	Спростити та оптимізувати процедуру отримання трансґендерами дозволу на хірургічну корекцію статевої належності шляхом внесення змін до наказу МОЗ України від 3 лютого 2011 року № 60 «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності» та додатків до нього з урахуванням міжнародних стандартів і кращої зарубіжної практики у цій галузі	Міністерство охорони здоров'я України, за погодженням із Академією медичних наук України, Міністерством внутрішніх справ України, Федерацією профспілок України та із залученням недержавних організацій, які представляють інтереси трансґендерної спільноти
32.	Ужити необхідних заходів нормативного, адміністративного та іншого характеру для врегулювання процедур із заміни всіх офіційних документів (зокрема, свідоцтва про народження, паспорта, трудової книжки, дипломів про освіту) транссексуалами після отримання ними офіційного дозволу на корекцію статевої приналежності, при яких було б забезпечено оперативність, ефективність і недискримінаційність таких процедур у дусі поваги до гідності та приватного життя відповідної особи-транссексуала	Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство юстиції України, Міністерство охорони здоров'я України

Розділ 9

Право на медичну допомогу осібам без встановленого місця проживання[159]

Сьогодні Україна знаходиться у важкому соціально-економічному становищі. Стрімке зубожіння найбільш бідних верств суспільства, низькі заробітні плати, пенсії та інші соціальні складності переносять проблему бездоглядності та безпритульності на одне з останніх місць, хоча кількість безпритульних в Україні вираховується сотнями тисяч і продовжує рости з кожним роком. На сьогоднішній день безпритульні є найдискримінованішою соціальної групою, права якої ставляться під сумнів як більшістю суспільства через дискримінацію, так і державою.

1. Причини виникнення бездомності та бродяжництва

Бродяжництво — це соціальне явище, що характеризується поневіранням осіб без певного місця проживання протягом тривалого часу по території країни або в межах населеного пункту. Бездомність — це відсутність постійного житла у індивідів або сімей, що робить неможливим як ведення осілого способу життя, так і повноцінне соціальне функціонування. Як бродяжництво, так і бездомність — явища, властиві людству на всьому протязі його існування.

Але особливо широко вони розповсюджуються в періоди соціальних потрясінь та стихійних лих, а саме: воєн, голоду, повеней, землетрусів, кризових процесів в тих чи інших країнах. Нині воно притаманне як розвинутим, так і слаборозвиненим країнам. Не є винятком і Україна. Крім загальних причин, зазначених вище, найбільш характерними причинами, що збільшують проблему бездомності та бродяжництва, для багатьох країн в даний час є:

[159] Розділ підготовлено Наталією Козаренко, Анною Мартинюк, Херсонський обласний Фонд милосердя та здоров'я.

— недостатня кількість житла, брак дешевого житла;
— безробіття, що обумовлює відсутність засобів для оплати житла;
— низький рівень доходів багатьох сімей і окремих громадян;
— соціальне здоров'я суспільства (наявність душевнохворих, осіб з поведінкою, що відхиляється від стандарту, наркоманів, алкоголіків; нездорові відносини в сім'ї; положення осіб, які вийшли з місць ув'язнення);
— слабкі можливості реалізації соціальних програм, націлених на надання матеріальної та іншої допомоги малозабезпеченим сім'ям, групам ризику і т. д.

Однією з причин бездомності в Україні є також вимога наявності реєстрації місця постійного проживання (прописки), правила регламентації якої були введені постановою ЦВК і РНК СРСР в грудні 1932 р. Доповнення, деталізація, послаблення в цілому не міняли суті: без відмітки в паспорті було важко отримати і роботу, і особливо житло. Наявність реєстрації вимагається і при отриманні соціальної та медичної допомоги.

2. Особи без визначеного місця проживання

Кількість

Визначити більш-менш достовірно чисельність в Україні людей, яких ми звикли називати бомжами (російська абревіатура — БОМЖ — без определенного места жительства), надзвичайно складно, якщо взагалі можливо, саме через відсутність у них постійного житла з реєстрацією. Крім того, і досі відсутній системний облік і реєстрація фактичного місця проживання цих людей. Після над суворої зими 2012 року прем'єр- міністр Микола Азаров виступив з пропозицією провести реєстрацію всіх безхатченків в Україні[160]. Перепис та калькуляцію здійснюватимуть Мінсоцполітики, МВС та голови адміністрацій. За словами прем'єра, реєстр стане у нагоді, скажімо, під час холодів. Тоді їм нібито зможуть швидше надавати необхідну допомогу.

Утім, фахівці запевняють: провести детальний перепис неможливо. Тому дослідники найчастіше використовують експертні оцінки та узагальнені розрахунки, засновані на обчисленні зареєстрованих у місцевих притулках

[160] «Азаров перерахує всіх бомжів на Україні». http://ubr.ua/uk/ukraine-and-world/events/azarov-pererahu-vsh-bomjv-na-ukran-123072.

осіб, розданих на окремих територіях порціях благодійної їжі, статистикою МВС про кількість зареєстрованих осіб, які ведуть бродячий спосіб життя, даними соціологічних опитувань окремих бездомних. Від того кількісні оцінки явища бездомності в Україні значно відрізняються.

Наприклад, найбільша з відомих оцінок останніх років, наведена експертами Фонду «Розвиток України», визначала кількість осіб без визначеного місця проживання 2007 р. у 800–900 тис., у тому числі 10–30 тис. у Києві. Разом з тим, за даними міськдержадміністрацій, у 2009 р. в Україні було зареєстровано близько 20 тис. бездомних (у тому числі у Харкові — 1 500 осіб, Львові — 1 200, Сімферополі — 700 осіб; у столичній мерії цю кількість оцінювали близько 14 тис., враховуючи крім реєстрації в притулках також кількість розданих порцій їжі). Але в МВС ще у 2002 р. було зареєстровано понад 23 тис. дорослих і 129 тис. дітей, які ведуть бродячий спосіб життя[161].

Тенденція кількісних змін

За даними дослідження, проведеного Інститутом економіки та прогнозування НАН УКРАЇНИ, у світі останніми роками бездомність зростає (наприклад, на американському континенті — на 40%, в Росії — на 44%, Африці — на 83%, навіть у благополучній Італії на 43%).

На загал по Україні, за даними Держкомстату, чисельність осіб, яким було надано соціальні послуги в закладах для бездомних громадян, у 2008 р. становила 13 837, у 2009 р. — 17 441 (річне зростання майже 80%). У регіональному розрізі найбільше осіб, яким було надано соціальні послуги в закладах для бездомних громадян було відмічено в Києві (1 667 осіб), Миколаївській області (1 638) та АР Крим (1 634 особи); найменше — в Черкаській (38 осіб), Полтавській та Луганській областях (по 83 особи).

У 2009 р. почали надавати соціальні послуги в закладах для бездомних громадян у Волинській (14 осіб) та Чернігівській (20 осіб) областях; найбільше осіб, яким було надано ці послуги, було в АР Крим (3 753 особи); Донецькій (2098) та Миколаївській областях (1 826 осіб); найменше — у Луганській (108 осіб), Черкаській (151 особа) та Полтавській (235 осіб) областях. У Вінницькій, Житомирській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Тернопільській, Херсонській, Чернігівській областях таких послуг взагалі не надавалося.

---

[161] А. Рябчук. Бездомні Києва: їх власна вина, випадок долі чи побічний ефект переходу до капіталізму? http://chapeye.livejournal.com/320607.html.

З одного боку, збільшення фактів звернень та надання послуг для безхатченків можна було б пояснити активізацією діяльності відповідних служб, але, разом з тим, якихось повідомлень щодо зменшення кількості бездомних у доступних джерелах не знайдено. Отже, можна судити, що світова тенденція зростання безпритульності не обминула Україну, хоча діапазон варіації знайдених показників щорічного збільшення надто великий: від 5–6% до близько 60–80%.

Структура

За оцінками благодійного Фонду «Дорога к дому» (м. Одеса), тільки в Одесі живуть більше 20 тис. бездомних громадян. По даним реєстрації Фонду «Дорога к дому» біля 80% бездомних — люди працездатного віку (18–45 років), співвідношення кількості чоловіків та жінок 3:2 (дані проекту «Бездомность в Україні, Одеса — 2004 рік).

З інших джерел — за даними Інституту стратегічних досліджень (2005 р.), 80% бездомних України становили чоловіки, хоча у Києві, за даними нідерландсько-українського дослідження, того року частка безпритульних чоловіків була істотно менше (63%)[162].

Вік 60% бездомних України, за даними Інституту стратегічних досліджень, — працездатний. У Києві, за даними нідерландсько-українського дослідження, кількість працездатних перевищувала 70%, 6% безхатченків були пенсійного віку; за даними Сімферопольського центру обліку та соціального захисту бездомних громадян, серед його клієнтів 82% були працездатного віку, решта 18% — пенсіонери (неповнолітніми опікуються інші служби). Хоча ця статистика не може повністю змалювати картину — неповнолітніми безпритульними опікуються інші структури.

З урахуванням наведених та інших доступних даних можна дійти висновку, що серед дорослих бездомних України співвідношення людей працездатного віку та старшого за працездатний має бути близьким до 80/20%.

Законодавство

В аспекті нормативно-законодавчого регулювання проблеми бездомності в Україні діє низка спеціальних актів.

У 2005 р. прийнятий Закон Україні «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей». У 2006 р. Кабінет Міністрів України

[162] Столиця бомжів. http://kyiv.proua.com/print/?29411

затвердив Типове положення про центр обліку бездомних громадян як спеціалізований заклад соціального захисту для виявлення, обліку та реєстрації бездомних, реалізації їх прав на реєстрацію переважного місцезнаходження, отримання соціальних послуг, створення відповідного банку даних, посвідчення про прийняття на облік, сприяння працевлаштуванню. Центри функціонуватимуть за рахунок місцевих бюджетів та благодійництва.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України затверджений План заходів щодо реалізації Концепції соціального захисту бездомних громадян до 2012 р.

1 липня 2011 року Конституційний Суд України вирішив визнати таким, що не відповідає Конституції України положення ч. 1 ст. 11 Закону України «Про міліцію» від 20 грудня 1990 року з наступними змінами, а саме згідно з якими міліції надається право затримувати і тримати у спеціально відведених місцях осіб, які підозрюються у бродяжництві на строк до 30 діб за вмотивованим рішенням суду. Також суд визнав неконституційним право міліції проводити фотографування, звукозапис, кіно- і відеозйомку, дактилоскопію осіб, які затримані за підозрою у бродяжництві. У зв'язку з цим, в країні закрилися 27 приймальників-розподільників для осіб, затриманих за бродяжництво. З іншої сторони — замість них при соціальних структурах не було відкрито 27 пунктів, де б безхатченки змогли отримати санітарно-гігієнічні та первинні медичні послуги.

МНСники вигнали бомжів на 23-градусний мороз, щоб влаштувати застілля. Київ, Вчора, 13:21. Друкувати. За три пляшки горілки, коньяк та закуску рятувальники вигнали безхатьків на мороз. пункт обігріву. Facebook. Безпритульним не дали навіть гарячого чаю Попри те, що чиновники браво звітували, що зробили все, аби українці не замерзли на вулицях під час аномальних морозів, державні пункти обігріву по всій країні чомусь не врятували більше сотні громадян. Аби з'ясувати чому люди так і не змогли зігрітись, журналісти програми «Гроші» провели відчайдушний експеримент. Знайшовши перший ліпший державний намет порятунку, журналісти сказали МНСникам, що хочуть відсвяткувати тут нібито день народження товариша, але наодинці, без «постояльців». Відповідальний за пункт обігріву спочатку здивувався такому бажанню, але згодом погодився за три пляшки горілки, коньяк та закуску звільнити намет о потрібній годині. Навіть надав своє робоче місце для більш-менш культурного святкування. Компанія вигаданого іменинника прибула до імпровізованого кафе о шостій вечора з необхідним могоричем. Градусник на вулиці показував –23, проте рятувальників це не зупинило. Один з держпрацівників за 5 хвилин вигнав усіх обмерзлих та зголоднілих безхатьків на вулицю, інший за цей час приготував стіл для нових гостей. На протести бомжів

МНСники спочатку заявляли, що необхідно провести дезинфекцію приміщення, а потім взагалі сказали, що технічна перерва. Ні чаю, ні гарячого супу безпритульні так і не допросились[163].

Особливості способу життя

Останніми роками комунальні служби великих міст (там найбільша концентрація безхатченків) масово замикають підвали й горища житлових будинків, тому бездомні шукають інші варіанти притулку. Окрім популярних закутків під люками доступу до тепломагістралей, поширеним стало влаштування землянок у лісних насадженнях міської та приміської зон. У Києві, наприклад, за свідченням приймальників вторинної сировини (її здача — один з традиційних підробітків бездомних), в землянках лісових масивів лівобережної частини міста живуть цілорічно щонайменше кілька сот людей[164].

Разом з тим, значна частка бездомних мігрує відповідно до пори року: взимку намагаються перебувати у великих містах, влітку — у сільській місцевості на півдні країни. Має місце й міждержавна міграція (природно — нелегальна), наприклад, взимку в Києві українських безхатченків не набагато більше половини, а істотну частину становлять бездомні з Росії та Молдови[165].

Інститути допомоги

За даними дослідження, проведеного Інститутом економіки та прогнозування НАН України «Проблемні питання соціальної політики щодо зменшення нерівності й соціальної ексклюзії окремих маргінальних груп» станом на 01.01.2006 р. у 13 областях України діяло 25 закладів для бездомних (державних і недержавних — громадських, релігійних, благодійних), які надали за 2005 р. соціальні послуги більш як 4 тис. осіб. За даними Держкомстату України, у 2008 р. діяв 41 комунальний (державний) заклад та 20 закладів недержавних організацій для бездомних громадян (всього 61). За рік їх число збільшилося до 77: станом на 01.01.2010 р. комунальних закладів стало 51, недержавних — 26. Найбільше закладів діє в Полтавській (16), Запорізькій (9),

---

[163] http://tsn.ua/ukrayina/mnsniki-vignali-bomzhiv-na-23-gradusniy-moroz-schob-vlashtuvati-zastillya.html

[164] Поблизу столичних храмів проводяться «зачистки» від бомжів. http://www.kmv.gov.ua/news.asp?IdType=1&Id=66470.

[165] Бомжі рятуються на теплотрасах. http://www.molbuk.com/2006/02/09/bomzh-rjatujutsja-na-teplotrasakh.html

Луганській та Чернігівські областях (по 5); не має таких закладів у Вінницькій, Закарпатській, Харківській та Херсонській областях.

Отже, мережа допомоги безхатченкам, яка складається з центрів (відділень) обліку бездомних громадян, будинків (відділень) нічного перебування, центрів (відділень) реінтеграції бездомних громадян, соціальних готелів (відділень) розвивається. Хоча масштаб проблеми (а саме: не співмірність наведених вище оціночних даних про кількість бездомних 800–900 тис. та менше 18 тис. осіб, які отримали минулого року соціальні послуги закладів для бездомних громадян) дозволяє припускати, що задовольнити першочергові потреби бездомних нинішня мережа здатна не більш як на 2–2,5% .

З іншого боку, слід враховувати, що взяти на облік всіх бездомних, які є на території дії центру обліку досить складно — звернення до центру потребує не тільки бажання, але і деяких зусиль. Не всі безхатченки бажають вносити зміни в своє життя, є ті, що свідомо бажають вести такий спосіб життя. Також слід враховувати, що деякі з безхатченків, особливо колишні в'язні, бояться фігурувати у будь-яких списках і не воліють ставати на облік, користуватися допомогою держави, бажаючи радше залишатися непомітними, звертатися до громадських, благодійних, релігійних організацій. Отже, спрямування будь-яких ресурсів у розвиток мережі допомоги бездомним, особливо в її недержавну частину є нині надзвичайно актуальним.

3. Стан надання медичної допомоги

Доступ до медичних послуг безхатченків обмежується двома основними чинниками — відсутність у них коштів та відсутність документів (в тому числі реєстрації місця постійного проживання).

Конституція України (ст. 49) проголошує обов'язкову безоплатність медичної допомоги, що надається в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Причому мова йде про обов'язок медичних працівників і медичних установ надати таке обслуговування безкоштовно. Це було підтверджено рішенням Конституційного Суду України № 10-рп\2002 від 29.05.2002 року, який дав офіційне тлумачення частини третьої цієї статті, встановивши, що державні та комунальні медичні установи повинні надавати медичну допомогу населенню в повному обсязі без попередньої, поточної або наступної

оплати. На практиці же отримання медичної допомоги безкоштовно для пересічного громадянина — неможливо. А безхатченки, які не мають коштів, відповідно не мають можливості отримати будь-які медичні послуги. Виключення — отримання таких послуг в центрах реінтеграції, притулках та інших спеціалізованих установах. Але, як зазначено вище, такі центри задовольняють приблизно 3% від загальної потреби.

Але на відміну від інших українців, які також потерпають від бідності, безхатченки часто стають жертвами упередженого ставлення і дискримінації, які позбавляють їх фундаментальних прав людини та обмежують і без того невеликий доступ до будь-яких соціальних, у тому числі і медичних послуг.

«Происшествие, которое случилось этой зимой, шокировало всю Украину. Врач киевской больницы № 1 Артур Восконян ЛИЧНО вывез пятерых бездомных за город и оставил их на кладбище на морозе. Одна из женщин умерла. Все пострадавшие — пациенты этой же больницы, лежавшие в отделении терапии для социально незащищенных людей. Передвигаться самостоятельно инвалиды без ног и психически больные люди не могли. «Он пообещал, что за нами приедет другая машина. Холод был собачий! На меня только одели носки, даже обуви не дали. Мы простояли несколько часов и поняли, что никто за нами не приедет», — рассказала газете «Сегодня» одна из пострадавших Наталья Терекеди. Только небезразличие случайных прохожих, которые вызвали «Скорую», спасло несчастных от верной смерти. Руководство поликлиники утверждает, что не давало Восконяну подобного указания. Решение вывезти пациентов из больницы врач якобы принял самолично. «Эти пять бездомных жили у нас уже полгода. Если обычные пациенты выписываются через пару недель, то бездомные делают все, чтобы задержаться. Их тут кормят, поят, обстирывают. Выписывать их некуда, приюты для бомжей не хотят их принимать или не могут. В Киеве, например, катастрофически таких мест не хватает», — говорит главврач больницы № 1 Игорь Чермак. Сейчас Артур Восконян находится под следствием. Прокуратура возбудила против него дело по двум статьям — превышение полномочий (ч. 1 ст. 135) и оставление в опасности (ч. 1 ст. 356). Ему грозит до 5 лет тюрьмы.

По официальным данным в Украине насчитывается около 20 тысяч людей без места жительства. Почти 70% из них обитают в столице. А вот приютов для социально незащищенных граждан катастрофически не хватает: в Киеве их всего три. Поэтому бездомные и стремятся любыми путями попасть в больницу, чтобы обеспечить себя жильем хотя бы на несколько недель.

То, что сделал Артур Восконян — скорее правило, чем исключение, говорят его коллеги по цеху. Украинские медики постоянно так делают, просто в это раз случай получил резонанс из-за летального исхода. Больницы ведь и так переполнены, но стоит ли обвинять в этом самих бездомных?[166]

Внаслідок дискримінаційних відмов оглядати і лікувати безхатченків, так само як і з причин, зазначених вище, стан здоров'я більшості з них гірший, ніж середньостатистичного мешканця країни.

Санітарно-гігієнічний фактор є особливо значущим для роботи спеціальних закладів, які надають послуги для бездомних. Адже лікарі зазначають, що в цьому середовищі вельми поширені інфекційні, венеричні захворювання, короста, воші, 80% бездомних є носіями туберкульозу.

У 2004 році Одеський благодійний Фонд «Дорога к дому» проводив велике дослідження «Бездомность в Украине».

По результатам дослідження Фонду, можна констатувати, що бездомні мають значущі проблеми зі здоров'ям. В основному вони хворіють на респіраторні захворювання (48,1%), шлунково — кішечні інфекції (32%), уражені вошами та чесоткою (29,4%), а також отримують травми та опіки (24%). Кожний п'ятий з бездомних відмітив в числі характерних захворювань шкіряні (22,3%), серцево-судинні (21,8%), пневмонію (20,8%), переохолодження (20,5%). Тільки 6,2% відмітили, що були хворі на туберкульоз і ще 13,1% — що мали підозри на туберкульоз.

Відносно хімічних залежностей серед безпритульних — 37,1% сказали, що хворі на алкоголізм, в той же час тільки 7,5% відмітили, що залежні від наркотиків. Можна говорити, що алкогольна залежність — це одна із небагатьох проблем, яку визнають бездомні, які відображаються на їх життєвих планах.

Надзвичайно холодна зима 2011–2012 року виявила ті проблеми, які мають безхатченки щодо доступу до медичних послуг, а також намагання держави приховати цю сторону проблеми.

«Міністерство з питань надзвичайних ситуацій перестало публікувати кількість українців, які загинули від морозів. Рятувальники хоч і відкрили тисячі пунктів обігріву, але люди продовжують вмирати. У київських теплих наметах — 500 місць, безхатченків — 15 тисяч. Стаціонарні притулки можуть

[166] Тетяна Долгієр «Клятва Гиппократа: лечить или добить?». http://helsinki.zina.com.ua/pod/novini-vipusknik-v-programi/klyatva-gippokrata-lechit-ili-dobit

зігріти за добу трохи більше ніж 3% бомжів. Та у заклади вони неохоче йдуть. Одних туди не пускають, інші бояться підхопити невиліковну хворобу.

77 гривень на добу. Стільки столичні притулки у середньому витрачають на обігрів одного безхатченка. І тільки шоста частина цієї суми іде на харчування, гігієну та койко-місце. Решта — комунальні послуги та заробітна плата персоналу. Частину компенсують за рахунок самих бездомних. За ніч у теплі вони платять 4 гривні.

Ірина Копотун, директор будинку соціальної опіки: «Це все ж таки дуже гарна допомога для того щоб закупити спеціальний рахунок, для того щоб закупити миючі засоби, для того щоб функціонував постійно автомобільний транспорт. Це обов'язково повинно бути якесь відшкодування, щоб люди розуміли, що за всі послуги треба хоч частково відшкодовувати, тим більше що це все таки податки наших киян».

Загалом у Києві три притулки для бомжів. На їхнє утримання у 2012 році виділили майже 13 мільйонів гривень. За добу вони можуть прийняти приблизно 500 людей. Тоді як безпритульних у Києві — 15 тисяч[167].

«Украина лидирует по числу жертв морозов *среди европейских стран»… Подобными заголовками в конце прошлой недели запестрели печатные СМИ, а для телеканалов привычными стали сюжеты о замерзающих бездомных. 101 человек погиб в результате аномальных морозов в Украине… 122… 131… 135— такую цифру последней озвучил Минздрав, а вслед за ним повторили МЧС и СМИ. А потом министр МЧС В.Балога вдруг заявил: «Важно ответственно относиться к публикации таких данных, вплоть до уголовной ответственности, чтобы в будущем не допускать спекуляций на этой теме». И 6 февраля статистика погибших на улицах страны исчезла с официальных сайтов. А 8 февраля появилась новая цифра — 112 жертв мороза менее чем за две недели (из них в больницах — 17). Как погибли заявленные прежде еще 23 человека? Об этом молчок.*

112 — это все равно страшно, особенно в сравнении с 39 погибшими от холода в Румынии, 73 — в Польше, 40 — в Италии, 23 — в Литве и 24 — в Чехии. Но давайте все-таки не будем забывать о количестве населения в этих странах— 21,5 млн., 38 млн., 60,5 млн., 3,2 млн., 10,5 млн. соответственно и 45,5 млн. в Украине.

---

[167] «На бомжів витрачають в десять разів більше, ніж на хворих». http://ubr.ua/uk/ukraine-and-world/incidents/na-bomjv-vitrachaut-v-desiat-razv-blshe-nj-na-hvorih-122277.

«135 или 112 погибших от мороза — очень печальный результат постоянного снижения уровня жизни украинцев,— считает генеральный секретарь Национального общества Красного Креста Украины Алла Хабарова.— Сегодня, к сожалению, никто не может сказать, сколько в Украине людей без определенного места жительства.

На правительственном сайте утверждается, что, по сведениям неких экспертов, в Украине около 100 тысяч бездомных людей (только в Киеве около 12 тысяч). По словам ведущего эксперта Центра им.Разумкова Павла Розенко, по сводным данным общественных организаций, их количество достигает 800 тысяч. При этом «на всю Украину работает 157 социальных пунктов по работе с бездомными, причем за последние восемь лет было открыто только два таких пункта». К сожалению, получить информацию Минсоцполитики и труда о том, сколько, по их оценкам, сегодня в Украине бездомных и сколько учреждений, предоставляющих им приют, к настоящему моменту не удалось.»[168].

Разом з тим, на думку декого з дослідників, саме в площині «медикалізації» (Зокрема, цим визначенням користується дослідниця бездомності соціолог А. Рябчук) проблеми бездомності, коли основною причиною безпритульності вважається те, що людина потребує допомоги лікаря або психолога (хімічні залежності, психічні розлади, складні життєві ситуації тощо) криється небезпека помилкового визначення дійсних соціальних причин явища і, відповідно, хибних дій щодо його подолання.

Натомість пропонується інший підхід, в основі якого заперечення правильності обох найбільш поширених поглядів на підґрунтя бездомності: консервативного (звинувачення самих безхатченків у своєму становищі через втрату моральних засад особистості з відповідним ставленням як до суспільної загрози, яку необхідно зменшити (нейтралізувати), включаючи, за потреби, примусові дії) та ліберального (бездомність — нещасний випадок, який може статися з кожною людиною, і він потребує благодійної допомоги).

Обидві позиції, на думку А. Рябчук[169], наведеного підходу, лише сприяють, хоча й різною мірою, соціальній маргіналізації бездомних, а дійсні причини явища пов'язані з нерівністю як продуктом економіки, обтяженій на пострадянському просторі змінами ідеології, панівних цінностей, відсутністю на

---

[168] «Белый шум, или Как о жертвах мороза замолвили слово». http://zn.ua/SOCIETY/belyy_shum,__ili_kak_o_zhertvah_moroza_zamolvili_slovo-97095.html

[169] «Бездомні Києва: їх власна вина, випадок долі чи побічний ефект переходу до капіталізму?». http://chapeye.livejournal.com/320607.html

практиці дієвих, хоча б і мінімальних державних гарантій кожному на житло, роботу, соціальний захист.

Отже й діяльність з подолання глибинних причин бездомності має засновуватися на визнанні того, що чинні державні структури, котрі забезпечують матеріальні та ціннісні основи життя суспільства, можуть і повинні бути змінені щодо ставлення до названого явища.

Можна думати, що такий підхід дійсно дозволяє концентруватися на головній перспективі — побудові соціальної держави, як це визначено Конституцією України, ефективно дієздатної в економічній та власне соціальній сфері. Очевидно, лише в такій державі можна буде попереджувати й мінімізувати причини бездомності в масовому масштабі.

Разом з тим, неможливість негайного («тут і зараз») втілення кращих теоретичних конструкцій з подолання глибинних причин бездомності зумовлює нагальну потребу щоденної практичної діяльності із розв'язання конкретних нинішніх проблем бездомних громадян (див. табл. 1).

Таблиця 1

Структура проблем бездомних

Проблеми	Факти
Жахливі умови проживання, відсутність забезпечення вітальних потреб	Ночівля в підвалах, під'їздах великих будинків на окраїнах та у спальних районах міст, на дахах та горищах, в будиночках дачних поселень поблизу міст, на кладовищах, міських звалищах сміття, покинутих будинках, на вулицях. Харчування відходами. Відсутність можливості помитися. Відсутність можливості звернення за медичними послугами.
Жорстокість міліції	Побиття, хамське поводження.
Жорстокість та психологічне насильство населення	Побиття, погрози, образи, приниження.
Неможливість працевлаштування	Без документів, без прописки, без постійного місця проживання не беруть на роботу.

Визначений комплекс основних проблем переважно стосується неможливості задоволення першочергових людських потреб у нормальному житлі,

харчуванні, дотриманні елементарної гігієни, медичній допомозі тощо, відсутності перспективи повернутися до нормального життя з документами, роботою, мінімально комфортними житловими умовами, хоча більшість безхатченків також потерпають від фізичного та психічного насильства.

4. Особливості медико-соціальної роботи з контингентом «бомж»

Бездомний — це людина, позбавлена деколи не тільки даху над головою, а й інших елементарних умов життя: медичного обслуговування (немає місця реєстрації); постійного місця роботи (немає паспорта або трудової книжки; немає роботи або не беруть на роботу) і т. д. Не кажучи вже про душевний комфорт, нормальне самопочуття. До бездомних потрібний особливий підхід. Не кожен (навіть соціальний працівник) може працювати з ними (особливо з деякими категоріями, такими, як люди, що опустилися на «дно»). Від соціального працівника потрібна яскраво виражена комунікабельність. Потрібно вміти знайти контакт з такими людьми, не принижуючи і не відштовхуючи їх. Треба дати їм можливість відчути людське ставлення до себе, не образити, пропонуючи елементарні послуги: нічліг, харчування, медичну допомогу.

З особами, без певного місця проживання необхідно проводити також медико-соціальну роботу. Метою медико-соціальної роботи є досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичною і психічною патологією, а також соціальною невлаштованістю. Як правило, такі люди опиняються у важкій життєвій ситуації. Важка життєва ситуація об'єктивно порушує життєдіяльність людини: інвалідність, нездатність до самообслуговування у зв'язку з хворобою, похилим віком, бездоглядність, сирітство, конфлікти і жорстке поводження в сім'ї, відсутність визначеного місця проживання, безробіття.

Рекомендації

Види допомоги, визначені самими бездомними як найнагальніші, стосуються винятково першочергових людських потреб. Отже, з думок самих бездомних, ясно — відкривши безхатченкам доступ до задоволення елементарних людських потреб (їжа, одяг, приміщення для перебування з умовами для обігріву й виконання санітарно-гігієнічних процедур, медична допомога,

соціально-психологічна підтримка тощо) та документальна легалізація їхнього статусу, можливо зменшити щодо них насильство, нерівність та соціальне відторгнення. Крім того, в складі цієї групи українського суспільства величиною принаймні кілька десятків тисяч осіб більше половини — чоловіки працездатного віку, котрі могли б відшкодовувати витрати на власне утримання завдяки праці, наприклад, в системі непопулярних серед решти населення громадських робіт. Одна з важливих умов включення бездомних у суспільство — розширення мережі допомоги та поширення інформації щодо можливостей доступу до неї.

Розділ 10
Порушення прав інвалідів[170]

Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» гарантує їм рівні з усіма іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, та створення необхідних умов, які дають можливість інвалідам вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними здібностями і інтересами.

Зазвичай порушення прав інвалідів загального захворювання є типовими та характерні для всіх регіонів України без винятку. Під час правового консультування громадян з обмеженими можливостями виникає безліч типових питань, з якими інваліди звертаються за порадами і роз'ясненнями. Неодноразово інваліди, спробувавши різні методи отримання тієї чи іншої допомоги і просто зневірені, приходять лише поділитися інформацією про те, які вони зустрічають образи і відмови від органів влади, різних підприємств і організацій, і вже не надіються на будь-яке сприяння щодо покращення свого стану. Наприклад, інвалід, хвороба якого прогресує, не може сподіватись на реабілітацію тому, що в бюджеті країни не закладена достатня кількість коштів, а іншим способом, отримуючи мізерну пенсію, лікуватись людина також не може. Часто громадяни залишають спроби чогось досягти і вже не намагаються відстояти свої права. Нерідко інваліди і не знають прав, які належать їм відповідно до закону і які можна захищати; інваліди не знають, чого вони можуть вимагати від держави в особі уповноважених органів, не впевнені у тому, що для них передбачено таке право чи можливість.

1. Порушення прав інвалідів щодо отримання догляду

Проблема, яку часто підносять інваліди, стосується догляду за інвалідами, які цього потребують і які не мають рідних, що можуть ними опікуватись.

---

[170] Розділ підготовлено Леонідом Тарасенко, Центр громадської адвокатури.

Найбільш поширені питання, які з цим пов'язані: хто може здійснювати догляд за інвалідом, який за висновком медико-соціальної комісії потребує постійного чи часткового догляду, куди може звернутись інвалід за призначенням такого догляду, як це може вплинути на розмір його пенсії тощо.

Щодо здійснення догляду законодавство України передбачає, що такий догляд може здійснювати будь-яка особа, яка подала заяву разом із заявою особи, за якою буде здійснюватись догляд, в управління праці та соціального захисту населення. Відповідно до Порядку призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 29.04.2004 року № 558, непрацюючим фізичним особам, які постійно надають соціальні послуги громадянам похилого віку, інвалідам, дітям-інвалідам, хворим, які не здатні до самообслуговування і потребують постійної сторонньої допомоги (крім осіб, що обслуговуються соціальними службами), призначається щомісячна компенсаційна виплата. Компенсація призначається виходячи з прожиткового мінімуму для працездатних осіб у таких розмірах: 15 відсотків — фізичним особам, які надають соціальні послуги інвалідам I групи; 10 відсотків — фізичним особам, які надають соціальні послуги громадянам похилого віку, інвалідам II групи та дітям-інвалідам; 7 відсотків — фізичним особам, які надають соціальні послуги інвалідам III групи та хворим, які не здатні до самообслуговування і потребують постійної сторонньої допомоги, визнаним такими в порядку, затвердженому МОЗ. Компенсація фізичним особам пенсійного віку, які надають соціальні послуги, призначається у зазначених розмірах виходячи з прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Тому фактично будь-хто може здійснювати догляд за інвалідом, але, як бачимо, отримує така особа за надані соціальні послуги мізерну оплату. Це значною мірою відлякує багатьох потенційних соціальних працівників від такої роботи, та штовхає інваліда на пошуки особи, яка могла би опікуватися нею. А це у свою чергу нерідко може направити такого інваліда або в руки шахраїв, або просто до недобросовісних набувачів. Наприклад, досить часто в таких ситуаціях укладають договір довічного утримання (або спадковий договір), за яким інвалід передає у власність набувача квартиру (будинок), а набувач зобов'язується здійснювати догляд за інвалідом та надавати йому матеріальну підтримку. Однак на практиці зі впливом нетривалого часу після укладення такого договору набувачі забувають за людину, яка передала їм квартиру (будинок), не виконуючи своїх обов'язків за договором. Натомість інвалід фактично позбавлений можливості захистити свої права в силу свого фізичного стану. Крім того, нерідко

сторони укладають не договір довічного утримання, а договір дарування, за яким особи, які неформально обіцяють інваліду догляд та утримання, отримують у власність квартиру (будинок) і стають власниками одразу після укладення такого договору, на відміну від договору довічного утримання (чи спадкового договору), де право власності в повному обсязі переходить до набувача лише після смерті інваліда. Неформальні обіцянки щодо утримання в договорі не зафіксовані, тому і змусити їх виконувати юридично немає можливості. За таких обставин інваліди залишаються не тільки без догляду, але і без майна. Причому інколи набувачі настільки нагло поводяться, що їх цинізм вражає своєю масштабністю, зокрема, у випадках, коли вони просто виселяють інваліда з його приміщення.

Дуже часто зі скаргами щодо розміру набавки на догляд звертаються особи, які доглядають за інвалідами з дитинства першої групи, в більшості випадків — це мами таких інвалідів, які не мають змоги працювати і отримувати додаткові кошти на утримання сім'ї, у зв'язку з тим, що змушені постійно доглядати за інвалідом починаючи з дитячих років. Згідно із постановою Кабінету Міністрів України від 26.07.1996 року № 832 «Про підвищення розмірів державної допомоги окремим категоріям громадян », непрацюючій працездатній особі, яка доглядає за інвалідом 1 групи, а також за престарілим, який досяг 80-річного віку, призначається щомісячна компенсація, розмір якої без індексації становить 4 грн. 80 коп. Зазначена компенсація призначається незалежно від сукупного доходу сім'ї особи, яка здійснює догляд. Такий розмір допомоги отримує сім'я на місяць. На звернення в управління праці і соціального захисту щодо незаконності такої постанови громадяни отримують тільки посилання на її зміст і роз'яснення, що таким громадянам надається статус працюючих, час догляду за інвалідом І групи зараховується до трудового стажу без сплати страхових внесків до Пенсійного фонду України, що є обов`язковими для працюючих громадян. Але таке трактування не вирішує проблему з утриманням сім'ї, в якій дві особи, одна з яких інвалід, і які отримують одну пенсію та змушені виживати в таких умовах.

2. Порушення прав інвалідів щодо отримання путівок на санаторно-курортне лікування

З проблемами інваліди зустрічаються і при зверненнях про забезпечення путівками для санаторно-курортного лікування. Надання путівок

здійснюється органами праці і соціального захисту населення інвалідам, які перебувають на обліку за зареєстрованим місцем проживання, за рахунок коштів державного бюджету. Забезпечення путівками здійснюється знову ж таки в порядку черговості. У більшості випадків ті путівки, які надходять для інвалідів, розподіляються між категоріями інвалідів, які мають право на першочергове чи позачергове забезпечення путівками, (відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян органами праці та соціального захисту населення» № 187) це зокрема: інваліди війни та інваліди, зазначені у статті 6-2 Закону України «Про жертви нацистських переслідувань», забезпечуються путівками позачергово щороку, учасники бойових дій та особи, зазначені у статті 6-1 Закону України «Про жертви нацистських переслідувань»,забезпечуються путівками щороку (із січня по грудень), учасники війни, особи, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», та особи зазначені у статтях 6-3 і 6-4 Закону України «Про жертви нацистських переслідувань», забезпечуються путівками один раз на два роки. Інваліди загального захворювання та інваліди з дитинства забезпечуються путівками в порядку черговості в міру надходження путівок. Враховуючи те, що фінансування з державного бюджету є дуже обмеженим, то інваліди загального захворювання не отримують путівок по декілька років, а для того, щоб перебувати на обліку вони повинні щорічно подавати в управління праці і соціального захисту населення медичну довідку лікувальної установи за формою № 070/о. У таких умовах інваліди не можуть відчувати себе потрібними, адже вони зобов'язані по декілька разів звертатись за отриманням путівки, підтверджувати показання щодо необхідності санаторно-курортного лікування, а можливість отримати путівку невідомо коли виникне.

Хоча право на отримання путівки на санаторно-курортне лікування є досить важливим з огляду на результат, який отримує інвалід, скориставшись такою путівкою. Процес оздоровлення та реабілітації, який проходить інвалід у відповідному оздоровчому санаторії, відіграє важливу роль для подальшого здоров'я інваліда. Спеціально створені заклади охорони здоров'я забезпечують належну реабілітацію, але цей процес є доволі коштовним, що зумовлює знову ж таки неможливість держави профінансувати інвалідам ці видатки, а сам інвалід не може собі цього дозволити.

На порушення прав інвалідів у цій сфері вказує і Рахункова палата. А саме Рахункова палата розглянула результати аудиту ефективності використання

коштів державного бюджету на санаторно-курортне оздоровлення інвалідів та зробила висновок, що законодавчо встановлені державні гарантії зі своєчасного і доступного забезпечення цієї категорії громадян санаторно-курортними путівками не виконуються. Рівень забезпечення інвалідів путівками за рахунок коштів державного бюджету має негативну тенденцію до зниження. У 2011 році цей показник приблизно дорівнюватиме лише 7 відсоткам, відповідно, більшість інвалідів очікує на путівку понад 10 років[171].

Така ситуація зумовлена щорічним обмеженням фінансування за бюджетною програмою «Санаторно-курортне оздоровлення інвалідів», зростанням цін на санаторно-курортні путівки, а також неналежним організаційним забезпеченням виконання цієї бюджетної програми з боку Мінсоцполітики, Фонду соціального захисту інвалідів та підпорядкованих їм органів. Фактично потреба інвалідів у санаторно-курортному лікуванні за рахунок коштів бюджету забезпечена в минулому році менш як на 13 відсотків, таким чином понад 134 тис. осіб, які мали на це право та перебували на обліку в органах соціального захисту, були позбавлені можливості оздоровитися.

Рахункова палата також констатувала, що компенсаційні виплати за невикористане санаторно-курортне лікування та самостійне лікування отримали торік менш як 60 відсотків осіб, а неефективне управління Мінсоцполітики та Фондом бюджетними коштами призвело до того, що за наявності фінансового ресурсу майже 2,5 тис. інвалідів не отримали належних їм виплат[172]. Міністерство соціальної політики України не забезпечило формування та належного функціонування, згідно із законом «Про реабілітацію інвалідів», централізованого банку даних про інвалідів і дітей-інвалідів як єдиної системи збору й узагальнення статистичних даних про чисельність інвалідів, їхні потреби, зокрема, у санаторно-курортному лікуванні, на чому неодноразово наголошувала Рахункова палата за результатами попередніх аудитів. У результаті система обліку та звітності, впроваджена міністерством в органах соціального захисту, щодо визначення потреби та черговості інвалідів на отримання путівок для санаторно-курортного лікування, їх розподілу і надання компенсаційних виплат є непрозорою. Більш того, непропорційний розподіл Мінсоцполітики путівок між регіонами у 2010 році призвів до звуження прав інвалідів у забезпеченні санаторно-курортним лікуванням залежно від місця

---

[171] «Негативні тенденції санаторного оздоровлення інвалідів http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16738148;jsessionid= 1906772751253992562CE711C900F29C

[172] Негативні тенденції санаторного оздоровлення інвалідів http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16738148;jsessionid= 1906772751253992562CE711C900F29C

їхнього проживання. Існуючий порядок надання санаторно-курортних путівок не враховує фізичних можливостей інвалідів та дітей-інвалідів, які не мають змоги долати значні відстані до оздоровчих закладів за відсутності спеціально пристосованого для цього транспорту, тоді як потенціал санаторіїв, що розташовані у регіоні проживання інваліда, не використовується.

Складається враження, що проблему, пов'язану із забезпеченням інвалідів путівками на санаторно-курортне лікування бачать всі — як контролюючі органи держави, так і інваліди, громадськість, юристи. Але держава все одно не поспішає покращувати ситуацію в даній сфері.

3. Причини виникнення типових порушень прав інвалідів та великої кількості скарг інвалідів

Правовий статус інвалідів — це система загальних та індивідуальних прав і свобод осіб зі стійким розладом функцій організму, що закріплені державою у законах і підзаконних актах.

Інваліди потребують соціальної допомоги і соціального захисту, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення їх законодавчо визначених прав.

Такими заходами з боку держави є, зокрема, соціальна реабілітація інвалідів, що спрямована на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної діяльності, орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

На сьогодні в Україні соціальний статус інвалідів, їх права, свободи, обов'язки регулюються Законами України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам», «Про соціальні послуги», а також іншими підзаконними актами. Всі ці документи спрямовані та визначають основи соціальної захищеності інвалідів в Україні і гарантують їм рівні з усіма іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, які дають можливість інвалідам вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними здібностями і інтересами. Передбачають сприяння в усуненні або компенсації обмежень життєдіяльності, пов'язаних зі стійким

розладом функцій організму людини. В Україні є прогресивне законодавство, але проблема в тому, що прийняти закон — це не означає його виконувати. Є багато норм, які не діють.

В Україні є багато законів, які або зовсім не виконуються, або виконуються не повністю. Більшістю наданих інвалідам прав і гарантій особа не може скористатись. Є безліч положень, які суперечать одне одному, багато норм потребують змін або виключення, чи заміни на більш пристосовані до сьогоднішнього суспільства. Прийнятий Верховною Радою України 16.12.2009 року Закон України «Про ратифікацію Конвенції про права інвалідів і Факультативного протоколу до неї» повинен внести зміни в практичну ситуацію, яка на сьогодні складається не зовсім позитивно для інвалідів. Конвенцією передбачено ряд принципів, на які потрібно робити наголос у суспільстві, це такі принципи як: повага до притаманного людині достоїнства, її особистої самостійності, зокрема свободи робити власний вибір, і незалежності; недискримінація; повне й ефективне залучення та включення до суспільства; повага до особливостей інвалідів і прийняття їх як компонента людської різноманітності й частини людства; рівність можливостей; доступність; рівність чоловіків і жінок, повага до таких здібностей дітей-інвалідів, які розвиваються, і повага до права дітей-інвалідів зберігати свою індивідуальність. Дотримання таких принципів, виховання високої громадянської культури допоможуть людям з особливими потребами не почуватись відділеними чи непотрібними.

Конвенцією чітко прописано право інвалідів на забезпечення інформацією. Такі люди повинні бути обізнані зі своїми можливостями, вони мають право на забезпечення інформацією у доступному для них вигляді.

Законодавство України потребує змін, перш за все у сфері його застосування. Держава повинна слідкувати за реалізацією тих норм які прописані законами. Інваліди мають право на ефективну участь у житті суспільства, а суспільство повинно гуманно ставитись до такої категорії громадян як до найменш захищеної гілки. Інваліди — рівні члени суспільства, які можуть принести користь суспільству, до них потрібно ставитись з розумінням і повагою.

Звертаючись за допомогою до юристів, інваліди відчувають свою неповноцінність як громадянина суспільства. В більшості випадків за допомогою звертаються «молоді» інваліди, котрі вірять у себе і в сприяння їм як малозахищеним з боку держави. Немало осіб хочуть почути іншу думку з того чи іншого питання . Люди перестали довіряти одні одним і для них важливо переконатись у правдивості отриманої інформації.

Що спонукає інваліда звертатись за консультаціями? Зустрівшись з проблемою чи з перешкодою в отриманні допомоги, яка передбачена законодавством, інвалід перш за все намагається вирішити це питання самостійно. З проаналізованих вище проблем можна побачити, що просто вони не вирішуються. Можливо, причинами в загостренні ситуації є пасивність органів влади і місцевого самоврядування, керівників підприємств, які покликані забезпечувати виконання закону.

Інваліди звертаються за допомогою до юристів в надії, що вони допоможуть їм у простих і в той же час важливих для інваліда питаннях. Не завжди вдається допомогти інваліду, оскільки юрист не може вплинути на закон. Часто люди ставлять помилкові цілі звертаючись за допомогою, громадяни переслідують можливість отримати певне сприяння чи вплив на державні ограни в особі юриста, а не тільки консультацію.

В багатьох випадках інваліди просто не знають своїх прав, не знають куди можна звертатись за допомогою, не знають зобов'язань, які взяла на себе держава перед інвалідом. В таких ситуаціях вдається спрямувати інваліда в потрібному напрямку, надати консультацію щодо належних прав. Серед інвалідів є чимало тих, хто вважає, що або держава, або суспільство їм щось винні. Інвалідам складно зрозуміти, що є певні обов'язки, які на себе бере держава, але і людина не повинна бути пасивною.

Нерідко інваліди звертаються з усними скаргами на дії певних осіб чи органів, до керівників відповідних закладів, але можуть отримати неочікувану відповідь чи образу, і в таких ситуаціях люди розчаровуються у можливості чи бажанні їм допомогти.

Ті інваліди, які звертаються за допомогою, — це малий відсоток тих, хто її дійсно потребує. Пасивність інвалідів, яка спричинена різними факторами не залишається поза увагою громадських організацій інвалідів, які знають стан існуючий сьогодні. Громадські організації покликані сприяти змінам, ініціювати їх, доносити до потрібного рівня. Завдання таких організацій усунути всі бар'єри, які стоять на шляху самореалізації інвалідів і які спрямовані на допомогу таким людям. Але перш за все самі громадяни повинні проявляти активність і зацікавленість у зміні становища, в яке сьогодні вони поставлені державою.

Рекомендації

1. Покращувати правову обізнаність інвалідів про їх права у різних сферах суспільного життя, в тому числі щодо соціальних прав, шляхом

проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи відповідними органами державної влади, органами місцевого самоврядування, медико-соціальними експертними комісіями, неурядовими організаціями та засобами масової інформації.

2. Підвищувати роль засобів масової інформації у висвітленні проблем, які стосуються здійснення інвалідами своїх прав (на пільгове перевезення, на отримання путівок на санаторно-курортне лікування, на отримання ліків тощо).
3. Підвищувати роль суду у захисті прав інвалідів, що порушуються органами державної влади, органами місцевого самоврядування, юридичними та фізичними особами.
5. Сприяти неурядовим організаціям, юристам у здобутті необхідних фахових знань у галузі медичного права з метою надання належного рівня правових консультацій інвалідам, які звертаються за правовими консультаціями.
6. Збільшувати фінансування з державного бюджету витрат, пов'язаних з реабілітацією інвалідів, зокрема, щодо забезпечення інвалідів автомобілями та іншими технічними засобами реабілітації.
7. Посилити контроль за впровадженням заходів щодо створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями.
8. Збільшити фінансування за рахунок коштів місцевих бюджетів витрати на облаштування та реконструкцію житлових будинків, де проживають інваліди з ураженням опорно-рухового апарату.
9. Передбачити в Національному плані дій щодо реалізації *Конвенції ООН про права інвалідів* розробку та прийняття Національної програми професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями.
10. Прискорити розробку та внесення змін до законодавчих та нормативних актів щодо забезпечення інвалідам права на працю та зайнятість, врахувавши при цьому: створення єдиної державної управлінсько-організаційної структури, на яку безпосередньо покладалася б відповідальність за працевлаштування та зайнятість інвалідів; розробку системи податкових пільг для підприємців та організацій, які забезпечують зайнятість інвалідів та створюють додаткові робочі місця для них; створення в Україні єдиного державного комп'ютерного банку даних про інвалідів, які можуть і бажають

працювати та потребують відповідної професійної підготовки та реабілітації.

11. Посилити співпрацю органів державної влади, зокрема, обласних, міських та районних центрів зайнятості, з юридичними особами — роботодавцями щодо покращення ситуації по працевлаштуванню людей з інвалідністю.
12. Посилити контроль органів державної влади та органів місцевого самоврядування за реалізацією прав інвалідів на пільгове перевезення.
13. Посилити контроль за ефективністю використання бюджетних коштів на санаторно-курортне лікування інвалідів та контроль за органами державної влади, які забезпечують такими путівками інвалідів.
14. Посилити контроль за складання медико-соціальними комісіями індивідуальних програм реабілітації інваліда та посилити доступність закладів, де функціонують медико-соціальні експертні комісії, для вільного доступу до них осіб з обмеженими фізичними можливостями.
15. Переглянути розміри соціальних виплат особам з обмеженими фізичними можливостями.
16. Посилити контроль органів державної влади за медичними закладами щодо виконання ними обов'язку по забезпеченню інвалідів безоплатними ліками та лікуванням.

Розділ 11

Застосування права на дострокове звільнення осуджених у зв'язку з захворюванням на ВІЛ/СНІД[173]

Будь яка держава здійснює кримінальне переслідування відносно осіб, які вчинили злочин, і в той же час протягом всієї історії залишає за собою право пом'якшити покарання або прощати їх. Кримінально-правовий вплив за вчинений злочин не обмежується лише покаранням, тому що змінилися суспільні цінності, з'явилися й інші підходи. До таких, зокрема, відноситься інститут звільнення від покарання у зв'язку з хворобою, в основі формування якого лежить принцип гуманізму. Форми звільнення від покарань ув'язнених бувають різні (амністія, помилування, звільнення у зв'язку з хворобою і т. д.) і вони відображені в конституціях і діючих законах більшості країн світу.

Законодавство України також містить таку норму і визначає порядок медичного огляду засуджених, які підлягають звільненню від відбування покарання у зв'язку із виникненням (загостренням) психічного розладу або іншої тяжкої хвороби.

Однією з таких хвороб є синдром набутого імунодефіциту — СНІД, прогресування якого в умовах ув'язнення призводить до серйозних наслідків для здоров'я засуджених осіб. До таких наслідків можна віднести високі темпи погіршення їхнього стану здоров'я, часто зумовлені поєднанням СНІД з іншими захворюваннями інфекційного та неінфекційного характеру, що прискорює наближення летального результату у хворих осіб.

У даний час в Україні інститут звільнення від покарання та його відбування представлений розділом XII Загальної частини та розділом II Прикінцевих та перехідних положень Кримінальгого Кодексу України, Розділом V Кримі-

---

[173] Розділ підготовлений Віктором Глуховським та Олександром Ангеловим, Південний Український центр з прав громадян в охороні здоров'я.

нально — виконавчого Кодексу, Главою 33 Кримінально — процесуального Кодексу України та цілим рядом підзаконних актів.

Кримінальний Кодекс України. Згідно з Кримінальним Кодексом України (84 стаття) звільнення від покарання за хворобою застосовується у випадках, коли досягнення мети покарання стає неможливим через хворобу особи, яка вчинила злочин. Передбачається, зокрема, **можливість** звільнення від покарання або від подальшого його відбування, якщо особа захворіла на іншу тяжку хворобу, крім психічної, та **обов'язкове** звільнення засудженого від покарання, умовами якого є захворювання його на психічну хворобу та позбавлення можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними.

Кримінально-процесуальний Кодекс України регламентує звільнення від відбування покарання засуджених, які захворіли на тяжку хворобу, передбачену статтею 84 Кримінального Кодексу України. Перелік захворювань, які є підставою для подання в суди матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання, затверджено Наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерством охорони здоров'я України від 18 січня 2000 року № 3/6. (стаття 408 Кримінального Кодексу України).

Процедурні питання:

Звільнення від відбування покарання засудженого, який захворів на тяжку хворобу, передбачено ст. 84 КК України та регламентується ст. 408 КПК України.

Засуджені у плановому порядку проходять медичне обстеження згідно Інструкції про порядок медичного обстеження засуджених, які страждають на тяжкі хвороби, та представлення на них матеріалів у суди про звільнення від подальшого відбуття покарання, затвердженої наказом Міністерства внутрішніх справ України № 256 від 13 травня 1992 р.

Законним приводом до розгляду питання про звільнення від відбуття покарання засудженого, який захворів на тяжку хронічну хворобу, є подання начальника виправно-трудової установи чи слідчого ізолятора, спецчастини яких обслуговують лікарні для засуджених.

Матеріали щодо психічно хворих розглядаються за наявності акта психіатричного обстеження засудженого в стаціонарних умовах психіатричної лікарні, акт затверджується судово-психіатричною експертною комісією.

За наявності підстав, передбачених статтею 84 Кримінального кодексу України, суддя районного (міського) суду за місцем відбування покарання розглядає подання установи, яка відає відбуванням покарання, та висновок лікарської комісії і звільняє засудженого від покарання чи подальшого його відбування.

У разі одужання осіб, зазначених у частинах першій та другій статті 408 КПК, вони повинні бути направлені для відбування покарання, якщо не закінчилися строки давності або відсутні інші підстави для звільнення від покарання. При цьому час, протягом якого до осіб застосовувалися примусові заходи медичного характеру, зараховується в строк покарання, а один день позбавлення волі дорівнює одному дню застосування примусових заходів медичного характеру.

У разі погіршення стану здоров'я засудженого після відмови судом у його звільненні від подальшого відбуття покарання через хворобу повторно таке подання може бути надіслано до суду на підставі відповідного висновку комісії незалежно від часу винесення судом рішення про відмову.

Засуджені, щодо яких службовою перевіркою встановлено, що їх хвороба є результатом навмисного заподіяння собі ушкоджень під час відбування покарання, на звільнення від подальшого відбуття покарання через хворобу не представляються, за винятком випадків, коли під час заподіяння таких ушкоджень особа перебувала в стані гострого психічного розладу, що підтверджено лікарями-фахівцями.

Кримінально-виконавчий Кодекс України

Перелік прав засуджених наведено у статті 8 Кримінально-виконавчого Кодексу.

У якості одного із основних закріплено право на охорону здоров'я, включаючи отримання всіх видів медичної допомоги. Вона включає у себе первинну медико-санітарну та спеціалізовану медичну допомогу як у амбулаторно-поліклінічних, так і стаціонарних умовах залежно від медичного висновку. Передбачається можливість не тільки безоплатної, а і платної форми медичної допомоги. Засуджені, які мають розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи інших одурманюючих засобів, можуть за їх письмовою згодою пройти курс лікування від вказаних захворювань.

У статті 152 КВК України наводиться невичерпний перелік підстав звільнення від відбування покарання. Однією з підстав для звільнення від відбування покарання є хвороба.

Процедурні питання:

Підставою для порушення питання про можливість звільнення засудженого від відбування покарання за хворобою є факт захворювання засудженого на психічну або іншу тяжку хворобу, яка перешкоджає відбуванню покарання. Головною ознакою є те, що хвороба повинна перешкоджати засудженому відбувати покарання. Мається на увазі, що стан захворювання таким чином змінює свідомість та поведінку засудженого, що він або перестає сприймати покарання як таке, або фактично втрачає свої антисуспільні риси.

Існує два види звільнення засуджених від відбування покарання за хворобою: звільнення у зв'язку з захворюванням психічною хворобою; звільнення у зв'язку з захворюванням іншою тяжкою хворобою. Але для установ (органів) виконання покарань визначальною ознакою є винесення постанови судом про звільнення засудженого від відбування покарання або відмову такого звільнення та застосування, наприклад, примусових заходів медичного характеру.

Огляд хворого та розгляд матеріалів його медичного обстеження здійснюються комісією після обов'язкового лікування і ретельного обстеження хворого в стаціонарних умовах лікувальних закладів кримінально-виконавчої системи. Матеріали на психічно-хворих осіб розглядаються за наявності акта психіатричного обстеження засудженого в стаціонарних умовах психіатричної лікарні (відділення) кримінально-виконавчої системи. У виняткових випадках, коли стан здоров'я хворого вкрай тяжкий і етапування його до лікарні неможливе, проведення медичного огляду може бути здійснено в медичній частині установи з обов'язковим залученням до складу спеціальної лікарської комісії фахівців міжобласної лікарні або територіальних органів охорони здоров'я.

З урахуванням результатів проведеного лікування та остаточного діагнозу комісія після медичного огляду засудженого складає висновок спеціальної лікарської комісії про медичний огляд засудженого щодо наявності захворювання, визначеного Переліком захворювань, які є підставою для подання в суди матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання. Голова комісії оголошує висновок засудженому, який був оглянутий, про що в історії хвороби робиться відмітка, скріплена підписом оглянутого. Облік засуджених, які пройшли медичний огляд комісії, проводиться у Журналі обліку засуджених, представлених до звільнення від подальшого відбуття покарання через хворобу. За наявності в засудженого захворювання,

зазначеного в Переліку, висновок комісії додається до матеріалів для подання в суд.

Порядок дострокового звільнення від відбування покарання визначено у статті 154 Кримінально-виконавчого Кодексу.

У ч. 4 ст. 154 КВК говориться, що подання про звільнення від відбування покарання внаслідок психічної хвороби надсилається до суду начальником органу або установи виконання покарань. Разом із поданням до суду надсилаються висновок спеціальної психіатричної експертної комісії і особова справа засудженого.

Подання про звільнення від відбування покарання внаслідок іншої тяжкої хвороби надсилається до суду начальником органу або установи виконання покарань. Одночасно з поданням до суду надсилаються висновок медичної або лікарсько-трудової експертної комісії і особова справа засудженого. У поданні вказуються дані, які характеризують поведінку засудженого під час відбування покарання (ч. 5 ст. 154 КВК).

У разі визнання інвалідом першої або другої групи особи, засудженої до громадських робіт або обмеження волі, орган чи установа виконання покарань вносить подання до суду про його дострокове звільнення від відбування покарання. Разом із поданням до суду надсилається висновок лікарсько-трудової експертної комісії (ч. 6 ст. 154 КВК).

Звільнення засуджених військовослужбовців за хворобою здійснюється в порядку, передбаченому ст. 408 КПК України. При наявності підстав, передбачених ч. 3 ст. 84 Кримінального Кодексу України, суддя районного (міського) суду за місцем відбування покарання у виді тримання у дисциплінарному батальйоні, розглядає подання командира дисциплінарного батальйону і висновок військово-лікарняної комісії та звільняє такого засудженого від подальшого відбування покарання.

Перелік захворювань на ВІЛ/СНІД, які є підставою для подання в суди матеріалів про звільнення засуджених від дальшого відбування покарання.

Згідно спільного Наказу Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України від 18.01.2000 № 3/6 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 9 березня 2000 р. за № 155/4376) ВІЛ/СНІД, як підстава для подання в суди матеріалів про звільнення засуджених від дальшого відбування покарання представлено в розділі 2:

Розділ 2: Інфекція вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ/СНІД):

- 2.1. ВІЛ-інфекція. Стадія вторинних захворювань, III Б: Прогресуюча втрата маси тіла більше 10%, незрозуміла (нічим не пояснювана) діарея або пропасниця більше 1 місяця, лейкоплакія, повторні або стійкі бактеріальні, грибкові, вірусні, протозойні ураження внутрішніх органів (без дисемінації) або глибокі ураження шкіри та слизових оболонок, повторний або дисемінований оперізувальний лишай, локалізована саркома Капоші.
- 2.2. СНІД. Стадія вторинних захворювань, III В: Генералізовані бактеріальні, вірусні, грибкові, протозойні, паразитарні захворювання, пневмоцистна пневмонія, кандидоз стравоходу, нетиповий мікобактеріоз, туберкульоз, кахексія, дисемінована саркома Капоші, інфекційні ураження центральної нервової системи.
- 2.3. СНІД. Термінальна стадія, IV.

Згідно існуючої практики, у разі виникнення таких захворювань, як СНІД, променева хвороба, лепра та інші, що потребують спеціальних і складних засобів обстеження, діагнози установлюються комісією з обов'язковим залученням фахівців відповідного профілю установ органів охорони здоров'я.

Алгоритм звільнення засуджених, які захворіли на тяжку хворобу (ВІЛ/СНІД), від подальшого відбування покарання

Порядок звільнення від покарання у зв'язку з тяжкою хворобою відбувається в Україні за Наказом Міністерства внутрішніх справ України № 256 з 13 травня 1992 р. згідно з яким затверджена Інструкція про порядок медичного обстеження засуджених, що страждають важкими хворобами, та представлення на них матеріалів в суди про звільнення від подальшого відбуття покарання.

1. Медичне обстеження. Медичному обстеженню підлягають засуджені, які захворіли в місцях позбавлення волі, а також особи, що захворіли до засудження, але під час відбуття покарання їх хвороби внаслідок прогресування набули характеру, зазначеного в Переліку захворювання, які є під-

ставою для представлення в суди матеріалів про звільнення засуджених від дальшого відбуття покарання.

2. Огляд хворого. Огляд хворого та розгляд матеріалів його медичного обстеження здійснюється спеціальною лікарською комісією після обов'язкового ретельного обстеження і лікування хворого в стаціонарних умовах лікувальних установ.

3. Матеріали на психічно хворих. Матеріали на психічно хворих розглядаються при наявності акта психіатричного обстеження засудженого в стаціонарних умовах психіатричної лікарні (відділення). Акт (форма № 101/У-И) затверджується судово-психіатричною експертною комісією.

4. Висновок комісії. З урахуванням результатів проведеного лікування та заключного діагнозу комісія після медичного огляду засудженого робить висновок про наявність або відсутність у оглянутого захворювання, зазначеного в Переліку за формою N 035-1/У-И.

Висновок оголошується оглянутому засудженому головою комісії, про що в історії хвороби робиться відмітка, яка скріплюється підписом оглянутого.

При наявності у засудженого захворювання, зазначеного в Переліку, висновок комісії долучається до матеріалів для направлення в суд.

Засуджені, щодо яких службовою перевіркою встановлено, що їх хвороба є результатом навмисного заподіяння собі пошкоджень під час відбування покарання, на звільнення від подальшого відбуття покарання через хворобу не представляються, за винятком випадків, коли під час заподіяння таких пошкоджень особа перебувала в стані гострого психічного розладу, що підтверджено лікарями-фахівцями.

5.Подання матеріалів до суду. Законним приводом до розгляду питання про звільнення від відбуття покарання засудженого, який захворів на тяжку хронічну хворобу, є подання начальника виправно-трудової установи чи слідчого ізолятора, спецчастини яких обслуговують лікарні для засуджених.

У поданні повинні бути наведені такі відомості про особу засудженого:

— яким судом, коли, за яким законом його було засуджено;

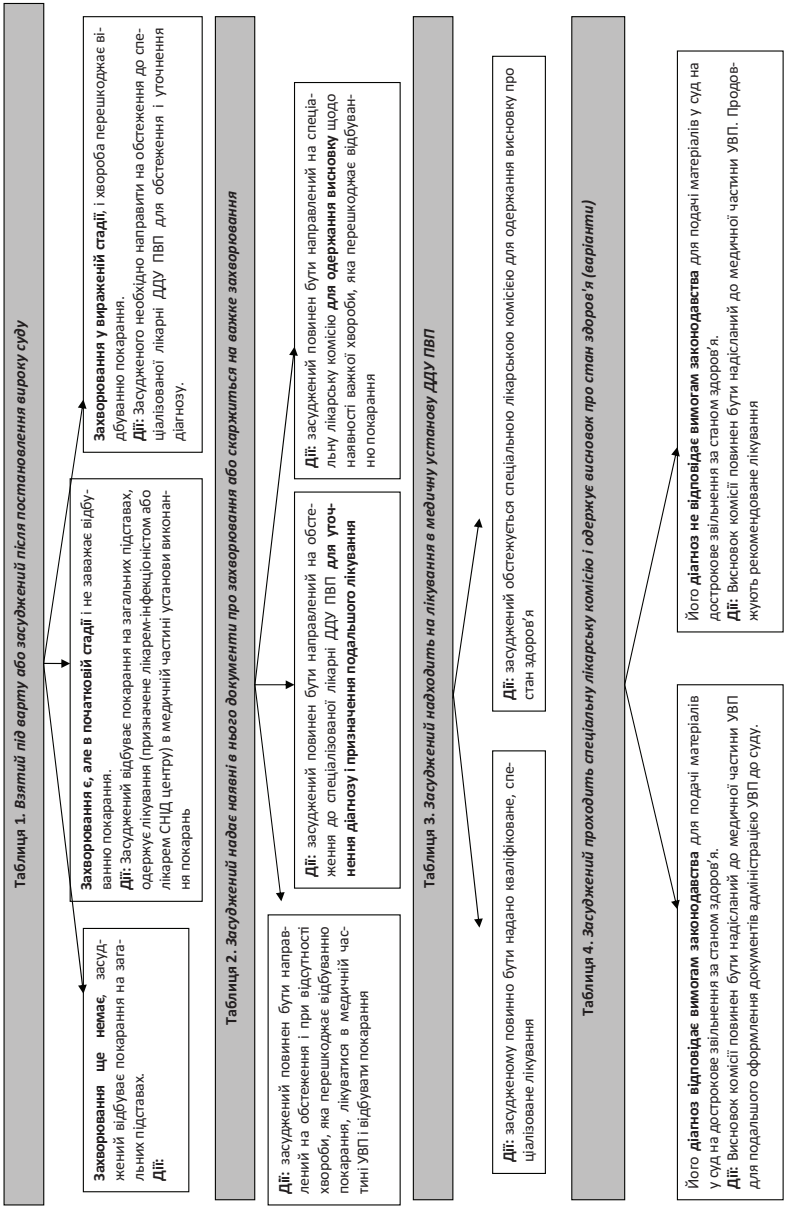
— міра покарання;
— відбутий строк покарання;
— дані про поведінку засудженого за весь час відбування покарання;
— відомості про минулі судимості;
— ступінь відшкодування збитків, заподіяних злочином фізичним, юридичним особам і державі;
— хвороба, якою він страждає, а також сформульовано прохання про звільнення засудженого від дальшого відбуття покарання у зв'язку з тим, що він захворів на тяжку хворобу. До подання додаються копія вироку, особова справа засудженого та висновок спеціальної лікарської комісії. На вимогу суду можуть направлятись також інші матеріали, які мають значення для вирішення питання про звільнення засудженого.

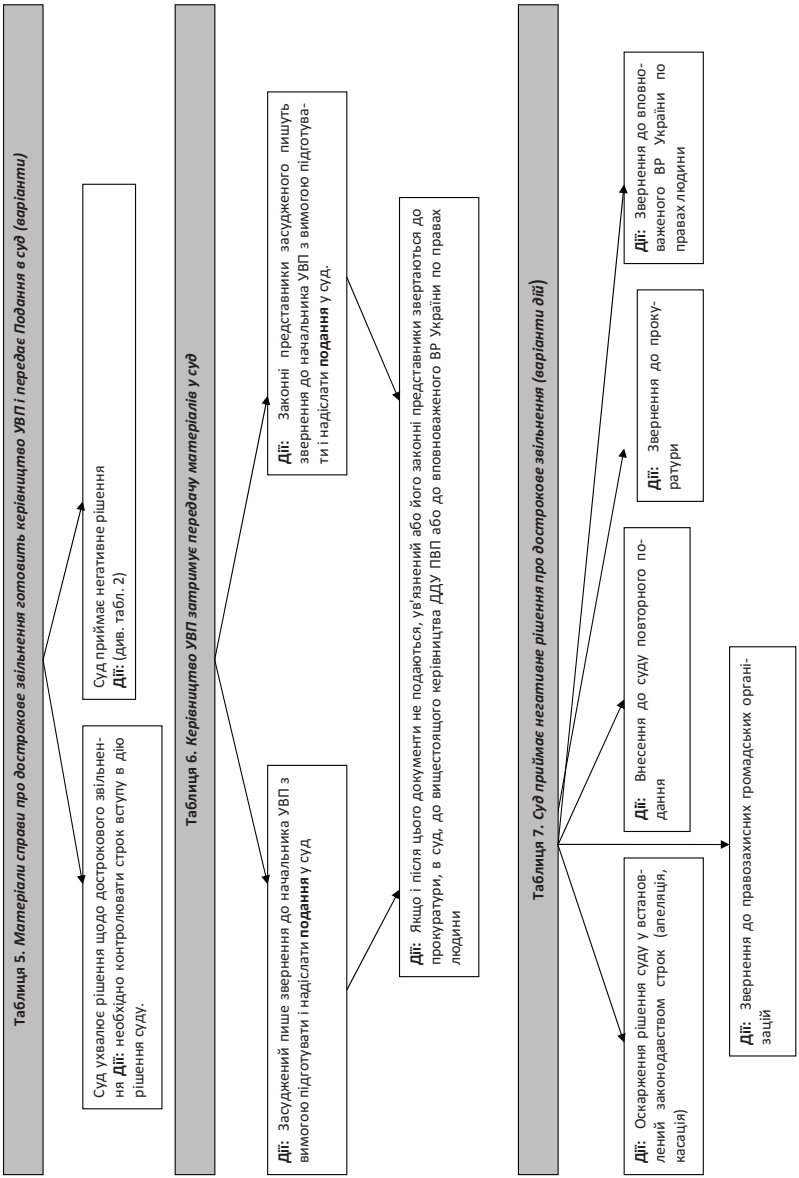
6. Судовий розгляд. Відповідно до статей 408, 409, 411 Кримінально-процесуального Кодексу України начальник виправно-трудової установи чи слідчого ізолятора на вимогу суду повинен забезпечити явку в судове засідання для участі в розгляді подання представника адміністрації установи та представника комісії, що дала висновок про стан здоров'я засудженого.

7. Повторне подання. Якщо після відмови судом у звільненні засудженого від подальшого відбуття покарання через хворобу стан здоров'я засудженого погіршав, на підставі відповідного висновку комісії подання про звільнення від відбуття покарання повторно надсилається до суду незалежно від часу з дня винесення судом рішення про відмову.

8. Нагляд за додержанням законодавства про звільнення від дальшого відбуття покарання засуджених, які захворіли на тяжку хворобу, здійснює Генеральний Прокурор України згідно з ст. ст. 44, 45 Закону України «Про прокуратуру».

Нижче, в таблицях 1–7 наведені варіанти дій самих засуджених або їх законних представників у залежності від ситуації, в якій знаходяться засуджені або особи, які взяті під варту.


Таблиця 1. *Взятий під варту або засуджений після постановлення вироку суду*
Захворювання ще немає, засуджений відбуває покарання на загальних підставах.
Дії:
Захворювання є, але в початковій стадії і не заважає відбуванню покарання.
Дії: Засуджений відбуває покарання на загальних підставах, одержує лікування (призначене лікарем-інфекціоністом або лікарем СНІД центру) в медичній частині установи виконання покарань
Захворювання у вираженій стадії, і хвороба перешкоджає відбуванню покарання.
Дії: Засудженого необхідно направити на обстеження до спеціалізованої лікарні ДДУ ПВП для обстеження і уточнення діагнозу.
Таблиця 2. *Засуджений надає наявні в нього документи про захворювання або скаржиться на важке захворювання*
Дії: засуджений повинен бути направлений на обстеження до спеціалізованої лікарні ДДУ ПВП **для уточнення діагнозу і призначення подальшого лікування**
Дії: засуджений повинен бути направлений на спеціальну лікарську комісію **для одержання висновку** щодо наявності важкої хвороби, яка перешкоджає відбуванню покарання
Дії: засуджений повинен бути направлений на обстеження і при відсутності хвороби, яка перешкоджає відбуванню покарання, лікуватися в медичній частині УВП і відбувати покарання
Таблиця 3. *Засуджений надходить на лікування в медичну установу ДДУ ПВП*
Дії: засудженому повинно бути надано кваліфіковане, спеціалізоване лікування
Дії: засуджений обстежується спеціальною лікарською комісією для одержання висновку про стан здоров'я
Таблиця 4. *Засуджений проходить спеціальну лікарську комісію і одержує висновок про стан здоров'я (варіанти)*
Його **діагноз відповідає вимогам законодавства** для подачі матеріалів у суд на дострокове звільнення за станом здоров'я.
Дії: Висновок комісії повинен бути надісланий до медичної частини УВП для подальшого оформлення документів адміністрацією УВП до суду.
Його **діагноз не відповідає вимогам законодавства** для подачі матеріалів у суд на дострокове звільнення за станом здоров'я.
Дії: Висновок комісії повинен бути надісланий до медичної частини УВП. Продовжують рекомендоване лікування


Таблиця 5. Матеріали справи про дострокове звільнення готовить керівництво УВП і передає Подання в суд (варіанти)
Суд ухвалює рішення щодо дострокового звільнення **Дії:** необхідно контролювати строк вступу в дію рішення суду.
Суд приймає негативне рішення **Дії:** (див. табл. 2)
Таблиця 6. Керівництво УВП затримує передачу матеріалів у суд
Дії: Засуджений пише звернення до начальника УВП з вимогою підготувати і надіслати **подання** у суд
Дії: Законні представники засудженого пишуть звернення до начальника УВП з вимогою підготувати і надіслати **подання** у суд.
Дії: Якщо і після цього документи не подаються, ув'язнений або його законні представники звертаються до прокуратури, в суд, до вищестоящого керівництва ДДУ ПВП або до вповноваженого ВР України по правах людини
Таблиця 7. Суд приймає негативне рішення про дострокове звільнення (варіанти дії)
Дії: Оскарження рішення суду у встановлений законодавством строк (апеляція, касація)
Дії: Внесення до суду повторного подання
Дії: Звернення до прокуратури
Дії: Звернення до вповноваженого ВР України по правах людини
Дії: Звернення до правозахисних громадських організацій

Деякі перепони у реалізації прав засуджених:

1. У будь-якій системі виконання покарань одним із механізмів захисту прав ув'язнених є ефективна система подання скарг. Кримінально-виконавчий кодекс України не містить такого механізму. Дії адміністрації можна оскаржити лише вищестоячому начальнику. Теоретично можна звернутися до суду, але ж скаргу потрібно відправляти через адміністрацію, що практично унеможливлює таке звернення.

2. У адміністраціях установ виконання покарань і слідчих ізоляторів скарги засуджених дуже часто визнаються необґрунтованими. Практично завжди скарги, надіслані до Департаменту, перевіряються тільки самим Департаментом, без залучення громадських організацій або спостережних комісій.

Приклад: Установа виконання покарань № 1, м. Вінниця. Посилилася цензура, скарги до прокурорів, до Уповноваженого з прав людини вилучаються і не відправляються.

Приклад: Установа виконання покарань № 58, Ізяслав, Хмельницька область. Засудженого Р. піддають регулярним репресіям за те, що він відстоює свої права і права інших ув'язнених: здійснюють замовні обшуки, пишуть наклепницькі рапорти, ніби порушує режим, чим блокують вихід до дільниці ресоціалізації на невизначений термін. Скарга до Генерального прокурора в закритому конверті адміністрацією відправлена не була.

3. Є певні проблеми із звільненням осіб, у яких важкий стан здоров'я. Існує спільний наказ Департаменту та Міністерства охорони здоров'я України № 3/6 від 18.01.2000, який містить «Перелік захворювань, які є підставою для подання в суди матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання». У цьому Переліку є невідповідність захворювань з Переліком і діючою класифікацією МОЗ України і класифікацією МКХ-10, ВООЗ 1994 року, якими користуються усі фахівці системи охорони здоров'я України. Цей факт дає підґрунтя ДДВП надавати такі відповіді — «стадія перебігу захворювання засудженого не передбачена Переліком захворювань, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України».

Приклад: Батьківський комітет «Порятунок» 5 липня та 26 жовтня 2005 року звертався до Президента України з проханням посприяти у звільненні від покарання за станом здоров'я засуджених Каверзіна О., Ключника С., Перепелицю В. На перше звернення відповіді не було. Після другого відповів Департамент та листом від 30 листопада 2005 року повідомив, що «стадії перебігу захворю-

вань цих засуджених не передбачені Переліком захворювань, затвердженим Міністерством охорони здоров'я; засуджений Перепелиця В. помер у медичній лікарні УВП № 1». Разом з тим у відповіді зазначається, що Департамент порушив перед Міністерством охорони здоров'я України питання щодо можливості розширення Переліку захворювань, які є підставою для подання до суду матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання.

4. У багатьох засуджених є захворювання, які потребують огляду лікаря, але оглядаються фельдшером. Ті, у кого є інвалідність, стикаються з проблемою її щорічного підтвердження, — для цього треба, щоб їх вивезли до колонії, де є соматична лікарня, пройти там обстеження, або треба запросити комісію до установи виконання покарань. Це все добре розписано, але на практиці складно реалізується і навіть простого направлення на обстеження складно домогтися.

Рекомендації

1. Існуючий на даний час Перелік захворювань, які є підставою для подання в суди матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання (Наказ Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України від 18.01.2000 N 3/6, Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 9 березня 2000 р. за N 155/4376), необхідно ввести в дію Постановою Кабінету Міністрів України та привести його у відповідність до сучасної класифікації хвороб та хворобливих станів Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка використовується в системі охорони здоров'я України.
2. У зв'язку з тим, що факт виникнення у засудженої особи «іншої важкої хвороби» є факультативною підставою звільнення від покарання, тобто це становить право суду, а не його обов'язок, необхідно в законодавстві передбачити таке визначення, як безапеляційне рішення суду про звільнення засудженого у зв'язку з термінальною стадією його захворювання. При цьому, рішення про звільнення повинне бути засноване, крім діагнозу, також і на висновку про медичний прогноз тривалості життя засудженого в результаті важкого невиліковного захворювання. Слід встановити, що для прийняття такого рішення прогнозований період життя ув'язненого не повинен перевищувати 3 місяці з моменту винесення експертного висновку. При

цьому до суду має бути також подано заяву законного представника засудженого (членів його сім'ї) про те, що йому після звільнення будуть створені необхідні умови — матеріальні та морально-психологічні (тобто, крім медичного догляду моральна підтримка і допомога) на весь період, який залишився до кінця життя засудженого.

Ув'язнені, що не мають можливості одержати вищезазначену заяву від законного представника (сім'ї), повинні бути направлені після звільнення до закладів медико-соціальної допомоги або хоспісу.

3. У зв'язку з тим, що дані правові прецеденти стосуються випадків, при яких має місце стан здоров'я засуджених, який неухильно погіршується, що призводить, як правило, до їх смерті, необхідно передбачити в законодавстві конкретні скорочені терміни подання матеріалів до суду і чітко визначені терміни проходження їх справ у суді за позовами, що стосуються застосування норм з їх дострокового звільнення у зв'язку з важким захворюванням.
4. Доцільним є законодавче закріплення відповідальності за дії та (або) бездіяльність працівників ВТУ, які призвели до смерті засудженого за хворобою, яка була підставою до звільнення від подальшого відбування покарання у ВТУ, наприклад, затягування розгляду справи, відкладення по будь-яким причинам проведення спецмедкомісії, конвоювання засудженого на комісію, затримка надання медичного висновку та ін.
5. Надати засудженому або його законному представнику можливість оскаржити в порядку, встановленому законодавством України, відмову ВТУ в направленні засудженого на медичний огляд.
6. Необхідно законодавчо закріпити обов'язок та порядок проходження лікування осіб, звільнених у зв'язку з іншою важкою (не психічною) хворобою у формі обов'язкової постановки на облік в органах охорони здоров'я та проходження курсу лікування у відповідних лікувальних закладах системи охорони здоров'я.
7. Необхідно законодавчо забезпечити участь засудженого, його законного представника або захисника в судовому засіданні з питань, пов'язаних з достроковим звільненням у зв'язку з важким захворюванням.
8. Необхідно законодавчо забезпечити можливість ініціювання розгляду питань щодо звільнення засуджених від подальшого відбування покарання у зв'язку з хворобою з боку засудженого, його законного представника та захисника.

Наукове видання

ПРАВА ЛЮДИНИ
В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я — 2011

ISBN 617-587-072-3

9 786175 870723

Відповідальний за випуск *Андрій Роханський*
Редактор *Андрій Роханський*
Комп'ютерна верстка *Олег Мірошниченко*

Підписано до друку 12.04.2012
Формат 60×84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Myriad Pro
Друк офсетний. Умов. друк. арк. 11,69. Умов. фарб.-від. 12,64
Умов.-вид. арк. 12,90. Наклад 300 прим.

Видавництво «Права людини»
61112, Харків, вул. Р. Ейдемана, 10, кв. 37
Свідоцтво Державного комітету телебачення і радіомовлення України
серія ДК № 3065 від 19.12.2007 р.

Надруковано на обладнанні Харківської правозахисної групи
61002, Харків, вул. Іванова, 27, кв. 4
http://khpg.org
http://library.khpg.org