

**Інститут Правових
Досліджень і Стратегій**

ПРАВА ЛЮДИНИ

В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2014

**Доповідь
правозахисних організацій**

**Харків
«ПРАВА ЛЮДИНИ»
2015**

УДК 342.72/.73.03:614](477)
ББК 67.9(4Укр)400.7+51.1(4Укр)
П68

Дизайн обкладинки:
Катерина Кондратева

Загальна редакція:
Роханський А. О.



Думки авторів можуть не співпадати з думками МФВ

Права людини в галузі охорони здоров'я — 2014. Доповідь правозахисних організацій / упоряд. А. О. Роханський. — Харків: ТОВ «Видавництво права людини», 2015. — 128 с.
ISBN 978-617-7266-30-2

**УДК 342.72/.73.03:614](477)
ББК 67.9(4Укр)400.7+51.1(4Укр)**

ISBN 978-617-7266-30-2

© Інститут правових досліджень і стратегій, 2015
© А. О. Роханський, упорядкування, 2015
© К. С. Кондратева, художнє оформлення, 2015

ЗМІСТ

Список скорочень	6
Від укладачів	7

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

<i>Розділ 1. ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ</i>	11
1.1. Національна стратегія у сфері прав людини.....	12
1.2. Шляхи реформування системи охорони здоров'я.....	15
1.3. Рекомендації	20
<i>Розділ 2. СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я</i>	21
2.1. Аналіз судових рішень щодо справ, пов'язаних з притягненням до юридичної відповідальності медичних працівників через неналежне виконання ними своїх професійних обов'язків, ухвалених впродовж 2014 року.....	21
2.2. Важливість наявності у судовій справі висновку судово-медичної експертизи	23
2.3. Медична послуга та захист прав споживачів.....	26
2.4. Відсутність сталої практики призначення розміру відшкодування моральної шкоди	28
2.5. Інститути угоди у кримінальному процесі у медичних справах	31
2.6. «Звільнення на поруки трудовому колективу»	31
2.7. Висновки.....	31

СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТИНА

<i>Розділ 3. ПРАВА ПАЦІЄНТІВ ПРОГРАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ (ЗПТ)</i>	35
3.1. Загальна інформація щодо ситуації з програмами профілактики та лікування ВІЛ/ТБ/ВГС у Донецькій та Луганській областях.....	35
3.2. Порушення прав людей, які є клієнтами програми замісної підтримувальної терапії.....	36
3.3. Свідчення Human Rights Watch щодо стану програми ЗПТ на неконтрольованих урядом України територіях	38
3.4. Проблема реалізації права на отримання ліків за рецептом	39
3.5. Обов'язок держави забезпечити права пацієнтів ЗПТ	40
3.6. Початок запровадження у програмах ЗПТ рідкої форми препарату «Метадону гідрохлорид»	41
3.7. Рекомендації	42

<i>Розділ 4. ПРАВА ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ</i>	43
4.1. Порушення прав паліативних хворих.....	45
4.2. Дитяча паліативна допомога.....	46
4.3. Концепція дитячої паліативної допомоги	48
4.4. Порушення прав дітей, що потребують паліативної допомоги	50
4.5. Рекомендації до підрозділу про розвиток паліативної допомоги дорослому населенню.....	51
4.6. Рекомендації до підрозділу про розвиток дитячої паліативної допомоги	52
 <i>Розділ 5. ПРАВА РОМІВ НА ДОСТУП ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</i>	54
5.1. Доступ до медицини	55
5.2. Досягнення соціально-медичних посередників фонду «Чіріклі».....	63
5.3. Досягнення окремих соціально-медичних посередників.....	64
5.4. Рекомендації.....	65
 <i>Розділ 6. ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я В ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ СИСТЕМІ</i>	67
6.1. Захворюваність і смертність в установах ДПтСУ.....	67
6.2. Зміни у нормативно-правовій базі	73
6.3. Свідчення жертв порушення прав.....	75
6.4. Рекомендації.....	76
 <i>Розділ 7. ПРАВА ПАЦІЄНТІВ З ОРФАННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ</i>	78
7.1. Законодавче визначення	79
7.2. Питання отримання соціальних пільг	82
7.3. Питання оплати ліків	83
7.4. Проблема спеціального дитячого лікувального харчування.....	83
7.5. Рекомендації уряду України.....	84
 <i>Розділ 8. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ІЗ ЗОНИ АТО НА ПРИКЛАДІ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ТА ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ</i>	85
8.1. Основні медико-соціальні проблеми, з якими стикаються переселенці.....	86
8.2. Організація медичного забезпечення внутрішньо переміщених осіб	88
8.3. Доступ до медичних послуг найбільш уразливих категорій переселенців.....	91
8.4. Співпраця державних органів та волонтерів щодо надання медичної допомоги переміщеним особам.....	92
8.5. Висновки дослідження.....	94

З А К Л Ю Ч Н А Ч А С Т И Н А

<i>Розділ 9. МОНІТОРИНГ ДОТРИМАННЯ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я В ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ЗА УЧАСТІ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРЕВЕНТИВНОГО МЕХАНІЗМУ</i>	97
9.1. Департамент НПМ.....	98
9.2. Що таке «місця несвободи»?.....	100
9.3. Моніторингові візити до «місць несвободи» представників департаменту національного превентивного механізму Омбудсмена України	100
9.4. Загальні висновки та рекомендації	111

<i>Розділ 10. ЗАХИСТ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я ПРЕДСТАВНИКІВ ВРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ ЗА УЧАСТІ ОМБУДСМЕНА УКРАЇНИ</i>	113
10.1. Звернення щодо призначення наркотичних знеболюючих засобів	113
10.2. Звернення щодо захисту прав наркозалежних.....	117
10.3. Звернення щодо дотримання прав дітей.....	118
10.4. Висновки та рекомендації.....	120
<i>Розділ 11. СТАН ВИКОНАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОРІЧНОЇ ДОПОВІДІ «ПРАВА ЛЮДИНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я — 2013»</i>	121
11.1. Рекомендації, які були надані уряду України з метою запобігання порушенню прав людини у зв'язку з упровадженням медичної реформи (2013)	121
11.2. Рекомендації про забезпечення дотримання прав пацієнтів програми замісної підтримувальної терапії.....	123
11.3. Рекомендації про забезпечення дотримання прав пацієнтів, що потребують паліативної допомоги	123
11.4. Рекомендації КМРЕ стосовно питань охорони здоров'я, ухвалені Радою ЛГБТ-організацій України	125
11.5. Рекомендації щодо забезпечення прав ромів із доступу до медичної допомоги.....	126
11.6. Рекомендації до державної пенітенціарної служби України щодо забезпечення прав в'язнів на медичну допомогу	126

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

- АРТ • антиретровірусна терапія
- ВІЛ • вірус імунодефіциту людини
- СНІД • синдром набутого імунодефіциту
- СІН • споживач ін'єкційних наркотиків
- ЗОЗ • заклад охорони здоров'я
- ЗПТ • замісна підтримувальна терапія
- ДПтСУ • Державна пенітенціарна служба України
- СІЗО • слідчий ізолятор
- ІТТ • ізолятор тимчасового тримання
- МОЗ • Міністерство охорони здоров'я
- ЛГБТ • спільнота лесбіянок, геїв, бісексуалів, трансгендерів
- ЛЖВ • мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД
- ВООЗ • Всесвітня організація охорони здоров'я
- ЛПУ • лікувально-профілактичний заклад
- ЄСПЛ • Європейський суд з прав людини
- ЦПМСД • центр первинної медико-санітарної допомоги
- ВМД • заклад вторинної медичної допомоги
- КПК, КК • Кримінальний процесуальний кодекс, Кримінальний кодекс України
- ЦПК, ЦК • Цивільний процесуальний кодекс, Цивільний кодекс України
- СК • Сімейний кодекс України
- АТО • антитерористична операція
- ВПО • внутрішньо переміщена особа
- ДОЗ • Департамент охорони здоров'я

ВІД УКЛАДАЧІВ

Щорічна доповідь «Права людини в галузі охорони здоров'я» є, без перебільшень, унікальним виданням на пост-радянському просторі, в якій викладаються та узагальнюються досягнення діяльності громадських та правозахисних організацій, визначаються найбільш типові порушення прав людини та найбільш ефективні стратегії щодо відновлення порушеного права.

Мета цього річної доповіді «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2014» (далі — Доповідь): проаналізувати найбільш значущі події у сфері громадського здоров'я, що відбулися протягом 2014 року в Україні, з погляду дотримання прав людини у галузі охорони здоров'я, надати рекомендації, виконання яких, на думку експертів, сприятиме поліпшенню загального стану дотримання прав людини, а також проаналізувати виконання рекомендацій, які були надані у попередній доповіді, на підставі результатів моніторингу, що проводився впродовж року.

Доповідь складається з трьох основних частин: Загальної, Спеціальної та Заключної.

У Загальній частині Доповіді подано аналіз шляхів реформування галузі охорони здоров'я на підставі Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 роки, а також дається аналіз практики національних судів у «медичних справах» за минулий 2014 рік.

Спеціальна частина Доповіді присвячена дослідженню ситуації з дотримання права на медичну допомогу, особливу увагу приділе-

но представникам вразливих груп населення. Події 2014 року особливо відобразились на найбільш незахищених верстах населення. На територіях, які тимчасово не контролюються Урядом України, порушується не лише право на здоров'я, а й навіть право на життя. Зокрема, пацієнти програми замісної підтримувальної терапії не мали можливості отримувати ліки; в Криму програма ЗПТ була взагалі скасована. Водночас у деяких областях України лікарі-наркологи беруть на себе функцію правоохоронних органів, підозрюють усіх у незаконних діях з наркотичними препаратами та під різними надуманими приводами відмовляються виписувати рецепти на препарати ЗПТ. Аналогічна картина спостерігається й у сфері паліативної допомоги: незважаючи на прийняте нещодавно прогресивне законодавство, лікарі під різними приводами уникають виписувати опіоїдні знеболюючі ліки. Дуже актуальними є питання розвитку системи дитячої паліативної допомоги, хоча як лікарями, так і керівниками галузі охорони здоров'я навіть існування такої проблеми не визнається, про що йдеться далі.

У 2014 році відбулася значна подія: було визнано існування особливої групи хворих — тих, що мають орфанні захворювання. Але проблема забезпечення ліками та лікувальним харчуванням цих хворих залишається вкрай актуальною.

Новий напрямок правозахисної роботи — забезпечення права на медичну допомогу внутрішньо переміщених осіб із зони АТО. Однією з головних проблем, із якою стикаються

переселенці з Донбасу, є отримання медичної допомоги та необхідних ліків. Особливо це актуально для найбільш уразливих категорій переселенців, таких як: вагітні жінки, діти, люди похилого віку, особи із пораненнями, інваліди, психічно хворі, хворі на ВІЛ/СНІД, гепатит, туберкульоз, діабет тощо.

У Заключній частині викладено результати моніторингу дотримання права на здоров'я в лікувальних закладах із застосуванням Національного превентивного механізму. Моніторингові візити відбулися у дитячі будинки-інтернати, будинки дитини та у лікувальні заклади, які мають відділення паліативної допомоги. Окремий розділ присвячено захисту прав людей за участі Уповноваженого Верховної ради України з прав людини.

У цій Доповіді також проаналізовано стан виконання рекомендацій попередньої доповіді «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2013».

Доповідь містить багато фактичного матеріалу та свідчень людей, права яких було порушено. Маємо надію, що викладені матеріали, зібрані протягом минулого року, будуть використані як у правозахисній адвокаційній роботі, публікаціях у ЗМІ тощо, так і в наукових дослідженнях.

ГО «Інститут правових досліджень та стратегій» висловлює щире подяку громадським організаціям, які брали безпосередню участь у підготовці цієї доповіді або результати досліджень яких увійшли до окремих розділів:

- МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЧ/СНІД в Україні»;
- БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;
- Харківській правозахисній групі;
- Українській Гельсінській спілці з прав людини;
- Харківському інституту соціальних досліджень;
- Всеукраїнській громадській фундації «Фундація медичного права та біоетики»;

- ГПО «Донецький Меморіал»;
- ВБО «Мережа організацій, що працюють у пенітенціарній сфері»;
- Міжнародній благодійній організації «Ромський жіночий фонд «Чіріклі»»;
- БФ «Світ надії», м. Полтава;
- Одеській правозахисній групі «Верітас»;
- ХОБФ «Парус», м. Харків;
- Миколаївській асоціації ВІЛ-інфікованих «Час життя»;
- Херсонському обласному Фонду милосердя та здоров'я;
- Харківському обласному центру паліативної медицини «Хоспіс».

Висловлюємо також щире подяку авторам та співавторам розділів доповіді:

Дмитру Лур'є, Олександрю Букалову, Роману Марабяну, Андрію Пенькову, Олені Різі, Світлані Щербань, Юрію Чумаку, Андрію Чернусову, Денису Кобзину, Ользі Луб'яній, Андрію Діденку, Юлії Кондур, Інні Сухоруковій, Володимиру Бочарову-Тузу, Наталії Охотніковій, Ігорю Скальку, Яні Заїкіній, Аркадію Буценку, Людмилі Андрієшин, Олександрю Зінченкову, Миколі Холтобіну, Андрію Кравчуку, Максиму Касянчуку, Олегу Мірошниченку, Сергію Холтобіну, Віталію Кучинському, Марині Говорухиній, Михайлу Тарахкалу, Павлу Скале, Наталії Козаренко, Максиму Демченку, Сергію Дмитрієву, Костянтину Ключарьову, Ользі Біляєвій, Олені Беденко, Зоряні Черненко, Людмилі Копієвській, Ірині Баглаєнко, Ользі Цвілій, а також усім тим, без допомоги кого це видання було б не можливим.

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

*Андрій Роханський
Голова ГО «Інститут правових досліджень і стратегій»*

Загальна
ЧАСТИНА

Розділ 1

ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2014 рік пройшов в очікуванні реформ. Зокрема, й у системі охорони здоров'я. Проте завершився рік лише анонсами змін.

Більше того, стан дотримання права кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного й психічного здоров'я у визначенні Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права з боку держави України протягом 2014 року значно погіршився.

Причини такої ситуації лежать передусім у політичній площині: частина держави Україна де-факто перейшла під юрисдикцію іншої держави (йдеться про АР Крим). На частині території України, на якій проживало до 4 млн. людей, проходили бойові дії під загальною назвою антитерористична операція, наразі значні території Донецької та Луганської областей не контролюються державою Україна.

Іншим важливим чинником погіршення стану дотримання прав людини в галузі охорони здоров'я є економічна ситуація в країні, що вплинуло на підвищення вартості медичних товарів та послуг. У першу чергу це стосується цін на ліки та на різні групи товарів, зростання яких, за вибірковими оцінками, у 1,6–3,2 рази, зумовлювалося передусім місцем їх виробництва — місцеве або іноземне. Також треба враховувати і зростання цін на комунальні послуги та інші витрати закладів охорони здоров'я (транспортування, оренда), що також призвело до подорожчання медичних послуг.

Усі ці процеси відбуваються на тлі замороження доходів населення, особливо в бюджетній сфері. Більш ніж триразове зростання курсу долара США, до якого прив'язане ціноутворення в тому числі й у галузі медицини, унеможлиблює планове лікування навіть тих жителів України, що належать до умовного середнього класу. Доходи більшості пенсіонерів та людей, які отримують соціальну допомогу від держави, не дозволяють купувати життєво важливі ліки.

Держава Україна не тільки не контролює ціноутворення на життєво необхідні ліки, попри заяви деяких чиновників, ще й стимулює зростання вартості лікарських засобів. Так, з 1 квітня 2014 року набула чинності норма ЗУ «Про запобігання фінансової катастрофи та створення передумов для економічного зростання в Україні», яка встановила рівень ПДВ на ліки 7%. Прес-служба «Щотижневика Аптека» у своєму виданні звертала увагу, що введення цього податку не вплине на рентабельність аптечного бізнесу, адже ПДВ сплачує кінцевий споживач¹, тобто населення.

Протягом 2014 року спостерігався безлад у системі тендерних закупівель ліків, які повинні були забезпечити лікування за державні кошти у закладах охорони здоров'я. Станом на 1 жовтня 2014 року за загальнодержавними національними програмами було закуплено ліків лише на 88 млн. грн.

¹ <http://www.apteka.ua/article/285937>

Лише на початку листопада 2014 року ситуація почала виправлятися: «На сьогодні² вже акцептовано тендерних процедур на 1 млрд. 415 млн. грн. У процедурі закупівлі перебуває 722 млн. грн. з тих 2 млрд. 160 млн. гривень, які передбачено на ці цілі в Державному бюджеті. Водночас на сьогодні в Антимонопольному комітеті заблоковано торгів на 37 млн. грн. Це пов'язано зі значною кількістю скарг — 42, тоді як у 2012 році таких скарг було 4, у 2013-му — жодної. Торги спеціально блокуються», — зауважив тоді т.в.о. міністра МОЗ В. Лазоришинець³.

Як відомо, потребу в лікуванні важкої хвороби неможливо відтермінувати до того моменту, коли чиновники зможуть провести тендери. Виникає питання, як лікували тих людей, які хворіли до листопада 2014 року? Тому оптимістичний рапорт, розміщений на сайті Урядового порталу: «Наразі ліки вже направлені на місця. Тільки протягом поточного тижня було доставлено медикаментів в регіони на суму 158,8 млн. грн. Це ліки для дітей, хворих на хронічний вірусний гепатит, імунобіологічні препарати та препарати для антиретровірусної терапії», — викликає досить суперечливі почуття.⁴

Громадські та правозахисні організації протягом року проводили моніторинг дотримання прав вразливих груп населення, які у першу чергу потерпають від політичних змін у державі.

Моніторинг установив деякі системні проблеми, які виникли (або тривали) у 2014 році:

1. Порушення прав клієнтів програми замісної підтримувальної терапії (далі — ЗПТ) у Автономній Республіці Крим та в зоні АТО.
2. Порушення прав людей, що живуть зі СНІД, у зоні АТО.

² 10 листопада 2014 року.

³ http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=247736712&cat_id=244276429

⁴ Ibid.

3. Порушення прав паліативних хворих, у тому числі прав важкохворих дітей.

4. Виникнення нових вразливих груп:

- а) люди, які тимчасово залишили своє постійне місце проживання⁵;
- б) постраждали у результаті бойових дій у зоні АТО.

1.1. Національна стратегія у сфері прав людини

Побудова нової системи охорони здоров'я повинна спиратися на загальні засади дотримання прав людини, які відображені в ратифікованих Україною міжнародних документах, у першу чергу, Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права, Конвенції про права інвалідів, Конвенції про права дитини, Конвенції про захист прав людини й основоположних свобод, Європейській соціальній Хартії (переглянута). Національне законодавство, яке забезпечує права людини в галузі охорони здоров'я, базується передусім на Конституції України, Законах України, серед яких провідну роль відіграє Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», постановах Кабінету Міністрів України, відомчих нормативно-правових актах⁶.

Президент України 15 жовтня 2014 року видав Указ № 811/2014 «Про розроблення Національної стратегії у сфері прав людини», метою якого є вдосконалення правових та організаційних засад, створення дієвого механізму всебічного забезпечення в Україні прав і свобод людини і громадянина. Відповідно до доручення Прем'єр-міністра України від 23 жовтня 2014 року Міністерство юстиції у тісній співпраці із представниками органів держав-

⁵ Порушення прав двох останніх груп на час складання розділу моніторується.

⁶ Більш детально див.: Права людини в сфері охорони здоров'я: практичний посібник / За наук. ред. І. Сенюти. — Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012.

ної влади та органів місцевого самоврядування, інститутів громадянського суспільства, Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини та представників міжнародних організацій розпочало розробку Національної стратегії у сфері прав людини (далі — стратегії).

24 листопада 2014 року наказом Міністерства юстиції № 245/7 утворено робочу групу з підготовки проекту Національної стратегії у сфері прав людини, до складу якої увійшли представники усіх зацікавлених органів влади, громадянського суспільства, міжнародних організацій, Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини.

Того ж дня, 24 листопада 2014 року відбулося перше розширене засідання робочої групи, на якому було обговорено напрацьований міністерствами проект Стратегії. За результатами засідання робочої групи сформовано тематичні підгрупи з підготовки відповідних розділів Стратегії за напрямками:

- громадянські свободи та політичні права,
- соціальні та економічні права,
- інші права,
- нові виклики,
- механізми дотримання, відновлення та реалізації прав людини в Україні.

11 грудня 2014 року відбулось третє розширене засідання робочої групи, в ході якого детально обговорено проект Стратегії, до якого включено напрацювання тематичних підгруп. Експертна група з питань медичної реформи Консультативної ради Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини (далі — Експертна група) взяла участь у розробці Національної стратегії, зокрема розділу «Забезпечення права на охорону здоров'я».

Перш за все, Експертна група вважала за необхідне імплементацію положень **Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права**⁷, а саме про **право кож-**

⁷ Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (МПЕСКП). Резолюція 2200А [XXI]

ної людини на найвищий досяжний рівень фізичного й психічного здоров'я (ст. 12). Поняття «найвищий досяжний рівень здоров'я» у ст. 12.1 ураховує як біологічні та соціально-економічні передумови розвитку індивіда, так і наявні ресурси держави. Важливим є й заваження про те, що існують деякі аспекти, які не можуть бути врегульовані виключно у відносинах між державою та фізичними особами: наприклад, гарне здоров'я або захист від усіх можливих причин погіршення здоров'я людини не можуть бути забезпечені державою. Отже, право на здоров'я має розумітися як право на використання цілої низки заходів, послуг та умов, необхідних для реалізації права на найвищий досяжний рівень здоров'я⁸.

Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав установлює, що **системи охорони здоров'я зобов'язуються забезпечувати**⁹:

1. **Наявність** медичних послуг у кількості, що задовольняє попит (з огляду на економічний розвиток країни).
2. **Доступність** медичних послуг, з урахуванням недопущення дискримінації, можливості фізичного та географічного доступу, потреб особливих груп (діти, літні люди), можливостей доступу до інформації щодо існуючих методів лікування.
3. **Прийнятність** медичних послуг з погляду етики (згода, конфіденційність), зважаючи на потреби окремих осіб, меншин і спільнот, уразливих верств населення.
4. **Якість** медичних послуг, які обґрунтовані з наукової медичної точки зору.

Генеральної Асамблеї ООН, 16 грудня 1966 р. — <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>.

⁸ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

⁹ Ibid.

Крім того, Комітет ООН визначає принципи дотримання зобов'язань державами на виконання п. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні й культурні права¹⁰:

- 1. Поступове здійснення.** Визнаються труднощі економічного характеру внаслідок обмеженості наявних ресурсів. Цей принцип не слід тлумачити як привід до позбавлення зобов'язань; він означає, що держави-учасниці мають конкретне і постійне зобов'язання рухатися якнайшвидше та якнайефективніше з метою повної реалізації статті 12. Держави зобов'язані вживати заходів, які є усвідомленими, конкретними та націленими на повне здійснення права на здоров'я.
- 2. Заборона регресу,** тобто недопущення погіршення стану національної системи охорони здоров'я.

Основні обов'язки Держав: Зауваження загального порядку 14¹¹ (витяг):

- (a) забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп;
- (d) забезпечувати основними медикаментами, які час від часу визначаються в Програмі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів;
- (e) забезпечувати справедливий розподіл усіх медичних товарів і послуг;
- (f) прийняти та здійснювати національну стратегію в галузі охорони здоров'я, створену на основі епідеміологічних даних

¹⁰ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

¹¹ Ibid.

та з приділенням особливої уваги вразливим/маргінальним групам населення.

Виходячи з наведених принципів, Експертна група запропонувала такий варіант розділу Національної стратегії у сфері прав людини:

13. Забезпечення права на охорону здоров'я¹²

За станом здоров'я громадян Україна посідає одне з найнижчих рейтингових місць у європейському регіоні.

Стратегічна мета

Реалізація права на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я.

Очікувані результати:

1. Вжито заходів щодо запобігання порушенню права на життя у зв'язку з відсутністю медичних послуг у системі охорони здоров'я, з урахуванням економічного розвитку держави.
2. Забезпечено право на протидію катуванню, нелюдському та такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню, які викликані порушенням доступу до певних видів медичних послуг, зокрема паліативної допомоги.
3. Гарантовано доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг, які відповідають розробленим стандартам та клінічним протоколам, для вразливих груп населення.
4. Розвиток системи охорони здоров'я відбувся на засадах принципів біоетики (поінформована згода, конфіденційність) та з урахуванням потреб меншин, спільнот, вразливих груп населення.
5. Встановлено систему контролю якості медичних послуг, лікарських засобів та товарів медичного призначення, яка базується на досягненнях доказової медицини.

¹² <http://hro.org.ua/suggestions/proekt-stanom-na-12-grudnya-2014-roku>

Коментарі:

1. Уперше у законодавстві України використано поняття «найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я», в такому тлумаченні, як це викладено в Міжнародному пакті про економічні, соціальні й культурні права та відповідного Комітету ООН.
2. Уперше у законодавстві України й, мабуть, у міжнародній системі права право на життя розглянуто як право, яке забезпечується й системою охорони здоров'я держави.

Приклад: законодавчо закріплено доступ до життєво необхідних ліків представників вразливих груп (орфанні захворювання, замісна підтримувальна терапія).

3. Уперше у законодавстві України і, мабуть, у міжнародній системі права порушення ст. 3 Конвенції про захист прав людини й основоположних свобод «Заборона катування» розглянуто як право, яке забезпечується й системою охорони здоров'я держави.

Приклад: відмову в наданні адекватних знеболюючих засобів пацієнтам, які потерпають від больового синдрому, тепер можна розглядати як катування або нелюдське чи таке, що принижує гідність, поводження з хворою особою (паліативні хворі).

4. П. 3 Розділу імплементує положення пункту (а) **General Comment 14 by Committee on Economic, Social and Cultural Rights (див вище)**.
5. У п. 4 реалізовано принцип «Прийнятості» медичних послуг з погляду етики (згода, конфіденційність), зважаючи на потреби окремих осіб, меншин і спільнот, уразливих верств населення.
6. У п. 5 відображено важливу складову медичних послуг, а саме: принцип «Якості» у розумінні **General Comment 14 by Committee on Economic, Social and Cultural Rights**.

1.2. Шляхи реформування системи охорони здоров'я

Наприкінці 2014 року Стратегічною довідковою групою з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні (далі — СДГ), було оприлюднено проект НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ПОБУДОВИ НОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА ПЕРІОД 2015–2025 роки¹³.

Створення СДГ¹⁴ було результатом спільної ініціативи громадянського суспільства, Уряду України та Міжнародного фонду «Відродження». Мета спільної ініціативи полягала в залученні висококваліфікованих національних та міжнародних експертів для надання консультативної допомоги Уряду щодо стратегії реформування галузі, оптимального використання міжнародної допомоги, консолідації зусиль донорів щодо підтримки реформ в Україні та вирішення нагальних проблем.

Крім того, ця ініціатива засвідчує виконання рекомендацій **Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав «Зауваження загального порядку 14»**¹⁵: (f) *прийняти та здійснювати національну стратегію в галузі охорони здоров'я, створену на основі епідеміологічних даних та з приділенням особливої уваги вразливим/маргінальним групам населення*.

Як повідомила О. Стефанишина¹⁶, голова секретаріату СДГ, виконавчий директор благодійного фонду «Пацієнти України», організаційна схема діяльності СДГ базується на виконанні **чотирьох основних завдань**.

¹³ <http://www.apteka.ua/article/315522>

¹⁴ Наказом МОЗ № 522 від 24.07.2014 року.

¹⁵ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

¹⁶ <http://www.umj.com.ua/article/78382/dano-start-roboti-strategichnoi-doradchoi-grupi-z-pitan-reformuvannya-sistemi-oxoroni-zdorov-ya-ukraini>

Завдання 1. Аналітичний огляд існуючих матеріалів з метою акумулювання інформації для розробки стратегії та детального плану реформи:

- державна політика у сфері охорони здоров'я відповідно до блоків галузі, включаючи останні документи з пілотних регіонів;
- національні дані з охорони здоров'я, що ґрунтуються на офіційних звітах та незалежних оцінках та оглядах;
- огляди й оцінка відповідних ініціатив з питань громадського здоров'я та посилення системи охорони здоров'я;
- аналіз та оцінка поточних національних та місцевих епідеміологічних, економічних, політичних і правових факторів у сфері охорони здоров'я.

Завдання 2. Розробити чіткі рекомендації для побудови нової системи охорони здоров'я, у тому числі моделей надання послуг та нормативно-правової бази:

- забезпечення надання послуг з охорони здоров'я та громадського здоров'я, доступних для всього населення;
- забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги для населення;
- забезпечення надання послуг з охорони здоров'я на основі потреб і за відсутності відмов у наданні медичних послуг через фінансову неспроможність громадян;
- упровадження системи забезпечення ефективного використання ресурсів для вирішення медичних потреб населення;
- розробка ефективних критеріїв прийняття рішень щодо майбутніх інвестицій і реструктуризації;
- розробка механізму сталого фінансування та управління сферою охорони здоров'я.

Завдання 3. Підготовка специфічних компонентів Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на

період 2015–2025 рр. як основи стратегічного планування розвитку послуг охорони здоров'я: відповідно до результатів завдань 1 та 2 група експертів повинна розробити проект конкретного компоненту стратегії (у рамках роботи експертних груп за шістьма напрямками: лідерство/управління; фінансування; надання послуг; людські ресурси; медичні продукти, вакцини та технології; інформація; громадське здоров'я), а нещодавно розроблена МОЗ України, обговорена громадськістю та презентована суспільству Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України слугуватиме для цього базисом.

Завдання 4. Розробка пропозицій щодо плану дій (докладної «дорожньої карти») стосовно реалізації Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., який описує механізми, інструменти та терміни впровадження визначених Національною стратегією цілей; у плані, зокрема, буде визначено (щонайменше на період 2015–2018 рр.):

- час упровадження та бюджет;
- результати та критерії моніторингу;
- відповідальні сторони.

Цілі реформи охорони здоров'я України:

- Зростання показників здоров'я населення (тривалості життя, зниження захворюваності, смертності);
- Збільшення фінансової захищеності при зверненні за медичною допомогою, щоб захворювання не стало причиною зuboжіння або ж відсутність коштів не завадила своєчасно звернутися за допомогою;
- Забезпечення готовності та здатності системи охорони здоров'я ефективно реагувати на кризові ситуації, які несуть загрози для здоров'я окремої людини, громади або усього населення.

Цілі правозахисної спільноти: з нашої точки зору, завдання правозахисників та представників громадських організацій,

які опікуються правами людини у галузі охорони здоров'я, полягають у такому:

1. Відслідкування дотримання державою Україна принципу **заборони регресу**¹⁷, тобто недопущення погіршення стану національної системи охорони здоров'я.
2. Поточний аналіз відповідності заявлених реформ принципам міжнародного права та чинного законодавства України.
3. Моніторинг принципу прозорості прийняття рішень щодо реформування галузі: громадські обговорення тощо.

Проект НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ПОБУДОВИ НОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА ПЕРІОД 2015–2025 роки (далі — Стратегія) містить фахову оцінку стану існуючої системи охорони здоров'я; заявлені в ній цінності, цілі та завдання відповідають загальній концепції прав людини. Оцінка менеджменту системи охорони здоров'я — це більш вузька фахова експертна думка, її викладення — для спеціальних видань.

Ми вже неодноразово аналізували спроби попередніх урядів упроваджувати медичну реформу та надавали рекомендації щодо реформування системи охорони здоров'я з точки зору громадських організацій¹⁸.

Розглянемо главу IV Стратегії «Побудова нової системи охорони здоров'я; розробка концепції та план дій» більш детально.

На нашу думку, найважливішим є перший етап плану дій, від виконання якого найбільше залежить реалізація реформи в цілому: **Короткострокові (2015–2016) заходи**. Це надзви-

¹⁷ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

¹⁸ Щорічні доповіді «Права людини в галузі охорони здоров'я».

чайно важливо, тому що для успіху реформи потрібно здобути довіру населення.

З метою кращого розуміння змісту першого етапу реформи ми його структуруємо та коментуємо:

1. Конституційність реформи. У першу чергу, на наше переконання, мають бути внесені зміни до ст. 49 Конституції України. Без цих змін подальше реформування системи охорони нереальне, а можливі лише «оптимізація», косметична операція або взагалі реформа на папері. «Тимчасових рішень, які, на думку експертів СДГ, повинні бути знайдені стосовно ст. 49 Конституції України». Навіть розмови про подібні (тимчасові) рішення виключають будь-які намагання реформувати систему охорони здоров'я в Україні. Реформа повинна базуватися на конституційних засадах.

2. Довіра населення, популярність реформи. Розробка концепції з екстреного забезпечення пільгами малозабезпечених і хронічних хворих. Створення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги.

Але викликає сумнів таке речення, яке містить Стратегія: «...Після чого можна уповноважити лікарів та лікарні утримувати плату за надання медичних послуг; переглянути законодавство, що регламентує платні послуги. Розширити масштаби практики відшкодування лікування в амбулаторних умовах». Наведене положення повністю перекреслює як майбутню довіру населення, так і популярність реформи. Вважаємо, що ці рядки відображають ідею переходу на платне медичне обслуговування в лікувальних закладах, форма якого не визначена, і тому було б краще про це взагалі не говорити на першому етапі реформування.

3. Джерела фінансування галузі:

- А) «Проведення техніко-економічного обґрунтування для введення цільових податків на алкоголь і тютюн» (Стратегія) — *на нашу думку, можна розглядати як короткотривалий захід*.

- Б) Державний бюджет.
- В) Донорська допомога. Під керівництвом Міністерства охорони здоров'я та в тісній координації з Президентом України і Парламентом України, створити механізм для полегшення прийняття термінових, скоординованих дій на національному рівні за участі всіх наявних ресурсів. Запровадити координацію донорської допомоги.
- Г) Соціальне медичне страхування.
- Введення обов'язкового соціального страхування відкладається на майбутнє — після 2018 року: «СДГ рекомендує не змінювати джерел фінансування суттєво протягом двох років, коли необхідно зосередитися на реформуванні принципів та механізмів розподілу ресурсів і на реформі платіжних систем. Для запровадження медичного страхування, протягом цього періоду часу потрібно створити два різні пакети послуг, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів».*
- Д) Добровільне (приватне) медичне страхування. *Існує, його частка у фінансуванні медичних послуг незначна.*

4. Оптимізація державних витрат на галузь. Створення Національного агентства з фінансування закладів системи охорони здоров'я, яке буде відповідальним за закупівлю медичних послуг, а також виконуватиме наглядову функцію за проведенням закупівель фармацевтичних препаратів у країні.

Мета створення Національної агенції: ліквідація безладу у сфері державних закупівель.

Можна розглянути ще й такий варіант: роль Національного агентства мав би виконувати Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, який після запровадження обов'язкового соціального медичного страхування брав би на себе функції й Фонду обов'язкового соціального медичного

страхування¹⁹. Ідея полягає в тому, щоб не створювати нові бюрократичні структури. Хоча впровадження соціального медичного страхування найближчим часом не передбачається, але якщо плани реформаторів зміняться, то не треба буде ліквідовувати ще одну новостворену агенцію.

5. Удосконалення нормативно-правової бази. На нашу думку, невідкладного скасування, змін або нових редакцій потребують не тільки постанова Кабінету Міністрів України № 776 від 18 вересня 2013 року «Про затвердження Концепції розвитку системи фінансування охорони здоров'я» та Наказ № 33 від 23 лютого 2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», а й, наприклад, наказ МОЗ № 11 від 21 січня 2010 року «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України» як такий, що не відповідає постанові КМУ від 13 травня 2013 року «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я».

Питання для обговорення

Швидка (невідкладна) медична допомога. Думка СДГ: «Рішення стосовно реструктуризації швидкої медичної допомоги може бути раціонально вирішене тільки після запровадження змін у загальній системі охорони здоров'я (ПМСД та лікарні). Пропозиції щодо створення Національного інституту медицини катастроф як головної організації з надання невідкладної допомоги (не кажучи вже про обласні інститути екстреної медицини, облас-

¹⁹ Впровадження обов'язкового медичного страхування обговорювалось у попередніх виданнях «Права людини в галузі охорони здоров'я».

ні кол-центри з телемедициною; спеціалізація лікарів з невідкладної медицини, обладнання, протоколи та алгоритми допомоги) слід розглядати у віддаленій перспективі.

На нашу думку, це дуже важливе першочергове завдання, яке СДГ випустила з поля свого зору. Ми виходимо з того, що в умовах значного дефіциту фінансування галузі охорони здоров'я, який прив'язаний до основних макроекономічних показників держави (а прогнози поки що невтішні), існують такі обставини:

- Найближчим часом не очікується зростання бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я.
- Додаткові джерела фінансування галузі, до яких ми відносимо благодійні фонди, страхові компанії, донорську допомогу від міжнародних організацій, прямі (незаконні) платежі пацієнтів за медичні послуги, — лише частково перекривають дефіцит фінансування галузі, у тому числі доводять до реального прожиткового мінімуму реальні доходи медичних працівників, частково відновлюють лікувально-діагностичне обладнання, але не сприяють відновленню основних фондів, і, головне, — **не забезпечують рівний гарантований доступ до якісних сучасних стандартизованих медичних послуг більшої частини населення.**
- Екстрена медицина виконує функцію «соціального лікаря»: надає медичну допомогу всім прошаркам суспільства без урахування майнового або соціального стану.
- Екстрена медицина надає медичну допомогу у найбільш скрутні для людини години: ДТП, пожежа, в яких може опинитись кожен.
- Екстрена медицина у 2014 році почала виконувати функцію ланки евакуації у військовій медицині.

Рекомендації: Потрібно переглянути рівень фінансування та забезпечення екстреної медицини та спрямувати обмежені фінансові

ресурси на розвиток швидкої, екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Для цього доцільно виконати рекомендації СДГ щодо створення під керівництвом Міністерства охорони здоров'я та в тісній координації з Президентом України і Парламентом України механізму для полегшення прийняття термінових, скоординованих дій на національному рівні за участі всіх наявних ресурсів, у тому числі й донорської допомоги.

Початок реформ. Робота у МОЗ над виконанням деяких положень, що викладені як першочергові у Національній стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., розпочалася: 24 грудня 2014 року у МОЗ України відбулася робоча нарада, на якій було обговорено план заходів щодо виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Коаліційної угоди у 2015 р. Зокрема, фахівці обговорили механізм якнайшвидшої передачі частини держзакупівель ліків та вакцин до міжнародних організацій. Для цього було розроблено та підготовлено до розгляду Секретаріату Кабінету Міністрів та Верховної Ради України проекти змін до ЗУ «Про здійснення державних закупівель» та Бюджетного Кодексу України. За словами В. Лазоришинця, обов'язкового затвердження потребує наказ МОЗ на реалізацію постанови Кабінету Міністрів України від 4 липня 2012 року № 603 «Про особливості виконання рамкових угод», з метою забезпечення механізму закупівлі вакцин та ліків через міжнародні організації безпосередньо у виробників. Також будуть внесені зміни до угод між МОЗ України та Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Дитячим Фондом ООН «ЮНІСЕФ» у частині запровадження співпраці щодо закупівлі лікарських засобів та виробів медичного призначення. Планується й укладення прямих довгострокових договорів із виробниками лікарських засобів, аби забезпечити у майбутньому безперервність лікувального процесу за державними програмами²⁰.

²⁰ <http://www.umj.com.ua/article/83064/u-moz-ukraini-obgovorili-plan-roboti-na-2015-rik>

1.3. Рекомендації

1. **Імплементувати положення** Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права до Національної стратегії у сфері прав людини.
 2. **Розпочати впровадження медичної реформи зі змін у ст. 49 Конституції України.** Скасувати положення про безоплатність медичної допомоги та заборону скорочення існуючої мережі лікувальних закладів. Визначити у Конституції **право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного й психічного здоров'я** (за тлумаченням Комітету ООН про економічні, соціальні та культурні права).
 3. Розробити концепцію з екстреного забезпечення пільгами малозабезпечених і хронічних хворих на придбання лікарських засобів. Запровадити державне регулювання цін на лікарські засоби, враховуючи досвід Пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою (постанова КМУ від 25.04.2012 р. № 340).
 4. Оптимізувати та позбавити корупційних ризиків державні закупівлі. Для цього потрібно:
 - а) Верховній Раді прийняти зміни до ЗУ «Про здійснення державних закупівель» та Бюджетного Кодексу України з метою впровадження механізму передачі частини держзакупівель ліків та вакцин до міжнародних організацій.
 - б) Видати наказ МОЗ на реалізацію постанови КМУ від 4 липня 2012 року № 603
- «Про особливості виконання рамкових угод» з метою забезпечення механізму закупівлі вакцин та ліків через міжнародні організації безпосередньо у виробників.
- в) Внести зміни до угод між МОЗ України та Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Дитячим Фондом ООН «ЮНІСЕФ» у частині запровадження співпраці щодо закупівлі лікарських засобів та виробів медичного призначення.
5. **Продовжити удосконалення нормативно-правової бази,** зокрема:
 - Скасувати постанову Кабінету Міністрів України № 776 від 18 вересня 2013 року «Про затвердження Концепції розвитку системи фінансування охорони здоров'я».
 - Скасувати наказ № 33 від 23 лютого 2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
 - Скасувати наказ МОЗ № 11 від 21 січня 2010 року «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України».
6. Серед першочергових заходів передбачити розвиток системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.
7. Переглянути доцільність упровадження державного обов'язкового соціального медичного страхування як першочергового етапу реформування системи охорони здоров'я.
8. Провести незалежний аудит Міністерства охорони здоров'я України із залученням міжнародних організацій.

Розділ 2

СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз судових рішень щодо справ, пов'язаних з притягненням до юридичної відповідальності медичних працівників через неналежне виконання ними своїх професійних обов'язків, ухвалених впродовж 2014 року¹

У зв'язку з широким процесом реформування різних галузей суспільного життя в Україні, в тому числі сфер правосуддя та охорони здоров'я, набувають великого значення питання реалізації захисту права на здоров'я у судовій системі України.

Саме в такому аспекті було досліджено рішення судів України усіх інстанцій, винесених протягом 2014 року. Аналіз наявної судової практики, що стосується притягнення до відповідальності медичних працівників закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності у зв'язку з неналежним виконанням ними професійних обов'язків й іншими посадовими порушеннями і відшкодуванням матеріальної та моральної шкоди громадянам, завданої такими діями, має допомогти у подальшій роботі з захисту прав людини у цій надважливій сфері, у тому числі щодо ведення стратегічних справ.

Дослідження проведено на основі судових рішень, які містяться в Єдиному державному реєстрі судових рішень України. За контекстом аналізу було відібрано 173 рішення за цивільним, адміністративним та кримінальним видами судочинства. Зазначене число не відображає остаточну кількість винесених судових рішень за даною категорією справ, однак дозволяє відстежити основні закономірності їх змісту та зробити певні висновки.

Протягом 2014 року до судів надійшло усього лише 3 кримінальні справи щодо порушення права на безоплатну медичну допомогу

Із загальної кількості справ кримінальні становили 59% (102 з 173), цивільні — 38% (65 із 173), адміністративні — 3% (6 із 173).

Досліджені кримінальні справи мали різну кваліфікацію діянь. Найбільш розповсюдженим злочином лікарів виявилось неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 Кримінального кодексу України) — 49% (50 із 102). Інші ж злочини кваліфікувались за такими статтями: ст. 138, 184, 354, 358, 364, 366, 368, 368-4 КК України. Особливо цікавим є те, що щодо порушення права на безоплатну медичну допомогу (ст. 184 КК України) було розглянуто судами лише 3 справи, або 3%

¹ Роботу виконано Дмитром Лур'є, юристом ГО «Інститут правових досліджень і стратегій».

кримінальних проваджень, хоча, напевне, на сьогоднішній день неможливо знайти жодної людини в Україні яка під час майже кожного візиту до лікарні не ставала б потерпілою від даного злочину^{2, 3, 4}.

Відшкодування потерпілим шкоди, завданої внаслідок кримінальних правопорушень відбувалось як у рамках цивільних позовів у кримінальному провадженні, так і шляхом пред'явлення цивільних позовів у загальному порядку вже після завершення кримінального провадження. Щодо останнього, то можна зробити висновок, що у судів не виникає питань стосовно звільнення від доказування у випадку наявності визначених підстав згідно зі ст. 61 Цивільно-процесуального кодексу України відносно обов'язковості для суду вироку у кримінальному провадженні, з питань, чи мали місце ці дії та чи вчинені вони цією особою. Необхідно відмітити, що наявність такого вироку призвела до задоволення позовних вимог у 92% (12 з 13) розглянутих справ.

Єдиний протилежний випадок стався лише з тієї причини, що позов був пред'явлений до неналежного відповідача, а саме: безпосередньо до лікаря, який неправильно встановив діагноз та призначив неправильне лікування, що призвело до смерті сина позивачки, однак суд вказує: «Відповідно до п. 8 постанови Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» № 4 від 31 березня 1995 року (з наступними змінами і доповненнями) за моральну (немайнову) шкоду, заподіяну працівником під час виконання трудових обов'язків, відповідальність несе організація, з якою цей працівник перебуває у трудових відносинах, а останній відповідає перед нею в порядку регресу (ст. 130, 132–134 КЗпП), якщо спеціальною нормою закону не встановлено іншого (наприклад,

ст. 47 Закону України «Про телебачення і радіомовлення»). У судовому засіданні позивач та її представник не порушували питання про заміну неналежного відповідача чи залучення співвідповідача відповідно до ст. 33 ЦПК України, а суд позбавлений такої можливості власної ініціативи. За таких обставин суд вважає, що в задоволенні позову про стягнення з моральної шкоди, завданої смертю фізичної особи, необхідно відмовити»⁵.

У 2014 році «цивільні» суди ставали на сторону потерпілих у 43% випадків, у випадках кримінально судочинства — у 85% випадків

У 66% випадків (114 з 173) суди в тій чи іншій мірі ставали на сторону потерпілих у даній категорії справ. Стосовно цивільного судочинства це співвідношення дорівнює 43% (28 з 65), кримінального — 85% (86 з 102). При цьому необхідно зазначити, що кількість кримінальних проваджень, які завершилися безпосередньо виправданням підсудних дорівнює 5, тобто близько 5% від загальної кількості справ або 31% від справ, у яких був винесений необвинувальний вирок. В інших же випадках суди направляли справи на додаткове розслідування (справи, що розглядались за правилами Кримінально-процесуального кодексу 1960 р.), на новий розгляд або повертали обвинувальний акт. Таким чином, усе ще існують проблеми в кримінальному судочинстві України з реалізації принципу презумпції невинуватості, у тому числі й у зв'язку з залишенням для кримінальних проваджень, розслідування яких розпочалось до набрання чинності новим Кримінальним процесуальним кодексом України (2012 р.), такого анахронізму, як інститут направлення справи на додаткове розслідування.

Головна причина судових проваджень, як у кримінальному, так в цивільному процесах, — різного роду халатність з боку лікарів

² Наприклад: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40064542>

³ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38222783>

⁴ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/37506005>

⁵ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/42101220>

у виконанні ними їх професійних обов'язків. Окремо слід звернути увагу на таку виявлену обставину: у цивільних процесах розглядалися справи, які з викладених у судових рішеннях фактів дають досить обґрунтовані підстави вважати, що в цих випадках є склади злочинів, однак жодного слова щодо цього в цих рішеннях не вбачається. Так, наприклад, розглядалась цивільна справа, у якій було встановлено: «медичні працівники відповідача на жодному з етапів (на догоспітальному та госпітальному) не проявили дбайливості й обачності при виконанні своїх професійних обов'язків, медичну допомогу надали несвоєчасно, не в повному обсязі, що загострило перебіг розвитку посттравматичних наслідків, зумовило трансформацію шоку з первинної у вторинну стадію, розвиток геморагічного шоку, а далі спричинило смерть сина позивачів»⁶. Судом були встановлені порушення різних норм законодавства, у тому числі протоколів і стандартів надання медичної допомоги, що підтвердили і висновки МОЗ України за результатами клініко-експертної оцінки якості та обсягів наданої медичної допомоги, які є у матеріалах справи. А отже, можна побачити наявність складу злочину, передбаченого ст. 140 КК України.

Окрім цього громадяни зверталися до судів з вимогами, що стосувалися:

- оскаржування незаконного поміщення до психіатричних закладів⁷;
- вимоги з компенсації грошових сум, через ненадання передбаченої законодавством безоплатної медичної допомоги⁸;
- поширення неправдивих відомостей про стан здоров'я⁹;
- скасування наказу головного лікаря комунального закладу охорони здоров'я, згідно з яким була проведена реорганізація дільничної лікарні у сільське амбулаторне

відділення загальної практики сімейної медицини районної лікарні, що призвело до фактичного її закриття¹⁰.

2.2. Важливість наявності у судовій справі висновку судово-медичної експертизи

Головними обставинами, які слід довести у рамках судового розгляду для успішного вирішення спору у медичних справах, є наявність порушень чинних нормативів з боку медичних працівників, завдання дійсної шкоди здоров'ю та прямий причинний зв'язок між зазначеними порушеннями та шкодою, що настала. Саме ці обставини є тими необхідними умовами, забезпечення яких потрібне для відшкодування шкоди у відповідності до гл. 82 Цивільного кодексу України.

Однак вирішальне значення майже завжди мають висновки експертизи. У розглянутих кримінальних справах Судово-медичні та, в разі необхідності, й інші види експертиз були проведені у 61% розглянутих кримінальних справ (62 з 102). При цьому тільки у 2 випадках^{11, 12} експертиза дала негативний висновок щодо наявності порушень з боку медиків, що стало причиною 100% їх виправдання, а одержання висновку експертизи, який підтвердив такі порушення, зумовило 97% випадків (60 з 62) засудження лікарів. У тих справах, у яких експертиза не була проведена, наслідком стало або повернення справи на додаткове розслідування, або справу закрили за різного роду нереабілітуючими обставинами (давність, амністія, передача на поруки трудового колективу тощо)^{13, 14, 15}.

¹⁰ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38772058>

¹¹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/36714556>

¹² <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38233028>

¹³ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38250886>

¹⁴ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38251135>

¹⁵ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40864438>

⁶ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/39516958>

⁷ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38740429>

⁸ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/39899718>

⁹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38434442>

Наявність у матеріалах справи висновків судово-медичної експертизи, які підтверджують доводи постраждалої сторони, у 83% дозволила виграти справу

У 35% (23 з 65) цивільних справ були проведені експертизи (із урахуванням справ, у яких беруться висновки експертиз, проведених у рамках кримінального судочинства). Необхідно звернути увагу, що якщо під час розгляду цивільної справи не була проведена судова експертиза, то у 74% випадків (31 з 42) рішення було винесене не на користь сторони, яка оскаржувала дії медичних працівників. У разі ж проведення експертизи число програних справ становило лише 17% (4 з 23). Як і щодо кримінальних справ, у 100% цивільних справ, де експертиза не підтвердила доводи щодо порушень з боку медичних працівників, рішення були винесені на користь саме останніх.

З цього можна зробити висновок про дуже велику низьку ймовірність успіху справи, у якій позивач намагається довести вину лікаря без її підтвердження висновком судової експертизи. У подібних випадках суди, як правило, вказують таке:

«...надані сторонами витяги з медичних документів, довідок, квитанцій тощо, суд не може прийняти до уваги як підстави для задоволення позову або як підстави спростування позову, оскільки вони не містять висновки про будь-які протиправні дії відповідачів та про причинний зв'язок між діями (бездіяльністю) відповідачів та настанням внаслідок цього негативних наслідків для позивача»¹⁶.

Інший суд пояснює свою позицію ще детальніше:

¹⁶ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/39247037>

«Під час розгляду справи судом неодноразово роз'яснювалось право позивача на призначення у справі судово — медичної експертизи з метою з'ясування правильності встановлення позивачу діагнозу, надання медичної допомоги, проведення лікування та наявності причинного зв'язку між неправомірними діями медичних працівників та виниклими негативними наслідками для здоров'я, однак скористатися таким правом він відмовився. Надані позивачем випуски з амбулаторної карти та історії хвороби, довідки медичних установ, консультативні та медичні висновки медичних установ, опис проведених медичних досліджень, а також випуски з медичної учбової літератури, в якій зазначені методики встановлення діагнозів та проведення процедури лікування не можуть об'єктивно свідчити про наявність неправомірних дій медичних працівників лікувального закладу щодо неправильності встановлення діагнозу, надання медичної допомоги, проведення лікування та наявності причинного зв'язку між неправомірними діями медичних працівників та виниклими негативними наслідками для його здоров'я. За наведених підстав суд вважає надані позивачем медичні документи та медичну літературу неналежними доказами в обґрунтування заявлених вимог щодо завданої шкоди його здоров'ю працівниками медичних установ»¹⁷.

Найбільш же цікаву позицію було викладено в ще одному судовому рішенні: *«Причинний зв'язок між протиправністю діяння та настанням шкідливих наслідків як умова настання цивільно-правової відповідальності у сфері медичної діяльності полягає у встановленні реального зв'язку між діями лікаря і настанням негативних наслідків. Для встановлення причинного зв'язку проведення експертизи обов'язкове»¹⁸.*

Або так: *«Проаналізувавши викладені обставини, суд дійшов висновку, що з'ясування*

¹⁷ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/39646601>

¹⁸ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/39937582>

обставин, які підтверджують неправомірність дій працівників медичних установ комунальних закладів охорони здоров'я, які мали місце при зверненні позивача для обстеження, встановлення діагнозу, та правильність лікування виробничої травми, потребують спеціальних знань у галузі медицини та можуть бути підтверджені лише експертним висновком»¹⁹.

Однак все ж є і протилежні ситуації, коли суд вважає, що встановити обставини справи можливо і шляхом використання інших засобів доказування.

Наприклад: «Оскільки сторонами по справі не були заявлені клопотання про призначення експертизи, суд виходить з письмових висновків інших лікарів, які оглядали чи лікували пацієнта, що мають силу висновку спеціаліста»²⁰. «Сторонами по справі не були заявлені клопотання про призначення експертизи, і тому суд при ухваленні рішення правильно виходив з письмових висновків інших лікарів, які оглядали та лікували пацієнта, а також висновків спеціалістів»²¹.

З огляду на вищевикладене треба зазначити, що відповідно до правил ЦПК України висновку експерта не надається жодних переваг перед іншими видами доказів (показаннями свідків, речовими, письмовими доказами) і за правилами оцінки доказів суд оцінює належність, допустимість, достовірність кожного доказу окремо, а також достатність і взаємний зв'язок доказів у їх сукупності, результати оцінки доказів суд відображає в рішенні, в якому наводяться мотиви їх прийняття чи відмови у прийнятті. Відповідно до ст. 57 ЦПК України доказами є будь-які фактичні дані, на підставі яких суд встановлює наявність або відсутність обставин, що обґрунтовують вимоги і заперечення сторін, та інших обставин, які ма-

ють значення для вирішення справи. Ці дані встановлюються на підставі пояснень сторін, третіх осіб, їхніх представників, допитаних як свідків, показань свідків, письмових доказів, речових доказів, зокрема звуко- і відеозаписів, висновків експертів. Згідно з ч. 1 ст. 143 ЦПК для з'ясування обставин, що мають значення для справи і потребують спеціальних знань у галузі науки, мистецтва, техніки, ремесла тощо, суд призначає експертизу за заявою осіб, які беруть участь у справі. Відповідно до п. 16 постанови Пленуму Верховного Суду України «Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах» від 30 травня 1997 року № 8, судово-медична експертиза призначається у випадках, коли для вирішення питань, що виникли у справі, необхідні спеціальні знання в галузі медицини. Випадки обов'язкового призначення експертизи визначені у ст. 145 ЦПК, де відсутні вказівки, що лише експертиза може встановити наявність причинно-наслідкового зв'язку між ушкодженням здоров'я та діями лікарів. **А отже, у випадку наявності інших допустимих доказів, які підтверджують вину медичного працівника, суди не повинні відмовляти у задоволенні вимог лише на підставі відсутності медичних експертиз.**

Був виявлений випадок, коли навіть за наявності відповідного клопотання про призначення експертизи з боку сторони процесу суд не виніс такої ухвали. Касаційний суд правильно вчинив і скасував рішення судів попередніх інстанцій, зазначивши: «суд у порушення ст. 10 ЦПК України не сприяв всебічному та повному з'ясуванню обставин справи, не встановив обставини, що мають значення для правильного вирішення справи, не дав відповідної правової оцінки наявним у матеріалах справи доказам та порушив право позивачки на проведення судової експертизи»²².

Крім того, необхідно зауважити, що повне та всебічне мотивування й аналіз висновку судової експертизи є вкрай рідким явищем. Однак

¹⁹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/3646601>

²⁰ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/39494275>

²¹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40365797>

²² <http://reyestr.court.gov.ua/Review/37147965>

є справа, в якій висновок експерта був визначений судом як недопустимий доказ. У процесі судового розгляду були встановлені деякі розбіжності у медичній документації, через що суд робить висновок:

*«Зазначені неузгодження вимагали детальної перевірки клінічного методу діагностування можливих ускладнень перебігу щеплення БЦЖ результатами інших методів, у першу чергу лабораторного, проте ні лікарями — фтизіатрами, ні судово-медичними експертами вони застосовані не були, причини розбіжностей не з'ясовані. При призначенні слідчим судово-медичної експертизи Особа_1 не мала процесуального статусу підозрюваної чи обвинуваченої. Проте органу досудового розслідування було достовірно відомо, що саме вона, Особа_1, 9 грудня 2011 року здійснювала щеплення вакциною БЦЖ, а тому фактичне позбавлення її права під час слідства поставити питання перед судово-медичними експертами слід визнати таким, що порушувало законні права та інтереси, що також підтверджено й ухвалою апеляційного суду Одеської області... **З урахуванням усієї сукупності викладених обставин суд визнає висновок комісійної судово-медичної експертизи як недопустимий доказ**»²³.*

2.3. Медична послуга та захист прав споживачів

Доволі обмеженою є і практика застосування у вирішенні медичних спорів законодавства про захист прав споживачів. Українські суди у своїй більшості не розглядають медичну діяльність лікарів як послугу, на яку такі положення розповсюджуються. Більше того, в одному випадку суд в описовій частині зазначає, що позивач обґрунтовував своїх

²³ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40793157>

позовні вимоги ЗУ «Про захист прав споживачів», однак в мотивувальній частині суд навіть не згадує про цей закон.²⁴

Загалом можна зробити висновок, що суди застосують ЗУ «Про захист прав споживачів» лише у справах, де відповідачем є приватна клініка^{25, 26, 27}. Ймовірно, суди приймають до уваги наявні письмові договори між пацієнтами та приватними клініками про надання медичних послуг. У державних та комунальній власності клініках медичні послуги надаються без укладання письмового договору. Мабуть, наявність або відсутність письмового договору про надання медичних послуг є тим фактом, який суди враховують при застосуванні положень ЗУ «Про захист прав споживачів».

Право на отримання безоплатної медичної допомоги

На жаль, суди не намагаються захистити конституційне право громадян на безоплатну медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

У рамках цивільного судочинства майже не можливо відшкодувати шкоду, яка завдана через ненадання безоплатної медичної допомоги

У справах, де громадяни намагаються відшкодувати шкоду чи притягти до відповідальності представників державних або комунальних лікувальних закладів, які брали плату за лікування або не надавали безкоштовно ліки,

²⁴ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40978397>

²⁵ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/39494275>

²⁶ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38353720>

²⁷ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40365797>

суди вимагають від них підтвердження **двох основних обставин**.

По-перше, що відповідно до встановленої законодавством процедури хворі повинні отримати саме такий перелік ліків²⁸. Проблема полягає у тому, що для того щоб підтвердити неправомірність діянь лікарів, громадянам необхідно надати суду належним чином оформлений рецепт на такі ліки, за яким уже потім їм відмовили надати ліки на пільгових умовах. Однак частіше за все таке зробити неможливо, а суди, у свою чергу, зазначають:

«...наявні у матеріалах справи переліки лікарських засобів не є рецептами, оскільки відповідно до п. 1.4 Правил випускування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України № 360 від 19 липня 2005 року, рецепти повинні мати кутовий штамп закладу охорони здоров'я та завірятися підписом і особистою печаткою лікаря, а у випадках, передбачених цим наказом (п. 1.14), додатково — круглою печаткою суб'єкта господарювання, що провадить діяльність, пов'язану з медичною практикою».

Домогтися відшкодування шкоди у такому випадку в одній зі справ стало можливим лише тому, що у судовому засіданні було досліджено довідку про проведення перевірки за дорученням МОЗ України, яка встановила, що лікарями не дотримувалася процедура виписки пільгових рецептів, на які має право відповідний контингент хворих згідно з чинним законодавством²⁹.

По-друге, у випадках, коли громадянин намагається довести незаконність усякого роду «добровільних» внесків у медичних закладах,

суди вимагають надання доказів саме примушення або вимоги у наданні таких коштів, що, як виявилось, є непростим і у рамках кримінального провадження, бо медичні робітники зазначають переважно таке: «Ніяких коштів вона не вимагала, а лише запропонувала зробити внесок у благодійний фонд. Діяла відповідно до наказу та розпорядження головного лікаря», — доказати ж протилежне є доволі складно³⁰.

Українські суди починають у своїх рішеннях звертатися до практики Європейського суду з прав людини

Однією з доволі позитивних змін у судовій практиці є те, що з'явилися справи, у яких суди посилаються на практику Європейського суду з прав людини.

1. Перший приклад: Рішенням Європейського суду з прав людини від 14 березня 2013 року, яке набуло чинності, у справі «Салахов і Іслямова проти України» постановлено, що мало місце порушення ст. 3 Конвенції щодо невідповідності медичної допомоги потерпілому, моральних страждань матері останнього, інші порушення Конвенції, за що державі-відповідачу слід сплатити другому заявникові (матері померлого) відповідно до ст. 44 §2 Конвенції за курсом, застосовним на дату урегулювання, 10 000 євро компенсації моральної шкоди, спричиненої заявнику особисто. При визначенні розміру відшкодування моральної шкоди, суд неправильно застосував норми матеріального права, зокрема, вимоги статті 3 ЦК України в частині оцінки категорій добросовісності, розумності та справедливості, не врахував практику Європейського Суду з прав людини при застосуванні Конвенції про захист прав людини та основних свобод та неправильно визначив розмір шкоди, який підлягав до

²⁸ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38063702>

²⁹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/41274586>

³⁰ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/37506005>

стягнення з відповідача»³¹. «Європейський суд у справі Мельниченко проти України від 19 жовтня 2004 року зазначив, що моральна шкода має визначатися за автономними критеріями, що впливають з Конвенції, а не на підставі принципів, визначених у національному законодавстві чи практиці відповідної держави»³².

- 2. Другий приклад:** «Судом ураховано всі обставини справи, тяжкість та обсяг душевних страждань позивача, яка втратила рідну доньку, тяжкість вимушених змін у їх життєвих стосунках, необхідність докласти додаткових зусиль для організації свого життя, ступінь вини працівників відповідача, характер їх умисних дій, тривалість розслідування та розгляд кримінальної справи. З урахуванням практики Європейського суду з прав людини, а саме рішенням Європейського суду з прав людини від 14 березня 2013 року, яке набуло чинності, у справі «Салахов і Іслямова проти України» постановлено, що мало місце порушення ст.3 Конвенції щодо невідповідності медичної допомоги потерпілому, відносно моральних страждань матері останнього, інші порушення Конвенції. Проте визначений позивачкою розмір моральної шкоди, завданої позивачці, суд вважає завищеним та виходячи із засад розумності, виваженості та справедливості розмір моральної шкоди суд визначає позивачу ОСОБА_1 у сумі 120 000 грн»³³.

2.4. Відсутність сталої практики призначення розміру відшкодування моральної шкоди

Як і раніше, однією з найболючіших проблем судової практики є питання визначення розміру моральної шкоди. Треба вкотре підкреслити, що вирішенню цього питання

присвячена постанова Пленуму Верховного Суду України № 4 від 31.03.1995 р. «**Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди**». Так, у п. 9 зазначено: «Розмір відшкодування моральної (немайнової) шкоди суд визначає залежно від характеру та обсягу страждань (фізичних, душевних, психічних тощо), яких зазнав позивач, характеру немайнових втрат (їх тривалості, можливості відновлення тощо) та з урахуванням інших обставин. Зокрема, враховуються стан здоров'я потерпілого, тяжкість вимушених змін у його життєвих і виробничих стосунках, ступінь зниження престижу, ділової репутації, час та зусилля, необхідні для відновлення попереднього стану, добровільне — за власною ініціативою чи за зверненням потерпілого — спростування інформації редакцією засобу масової інформації. При цьому суд має виходити із засад розумності, виваженості та справедливості. Визначаючи розмір відшкодування моральної (немайнової) шкоди, суд повинен наводити в рішенні відповідні мотиви». Однак, незважаючи на це, дуже важко побачити дійсно ґрунтовну та розгорнуту мотивацію суду у визначенні саме такого, а не іншого розміру відшкодування. Так у більшості випадків мотивація суду обмежується лише переліченням найменувань обставин, які повинні враховуватись під час визначення розміру шкоди, зазначених у п. 9 вищезазначеної постанови Пленуму ВСУ.

Дуже показовим є таке рішення суду:

Статтею 23 ЦК України визначено, що особа має право на відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення її прав. Моральна шкода відшкодовується грошми, іншим майном, або в інший спосіб. Розмір грошового відшкодування моральної шкоди визначається судом, залежно від характеру правопорушення, глибини фізичних і душевних страждань, ступеня вини особи, яка завдала моральної шкоди, а також

³¹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/37764241>

³² <http://reyestr.court.gov.ua/Review/41466302>

³³ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40418179>

із урахуванням інших обставин, які мають істотне значення. Відповідно до пункту 2 Постанови Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про стягнення моральної (немайнової) шкоди» № 4 від 31 березня 1995 року ... Пунктом 3 вказаної Постанови передбачено, що під моральною шкодою слід розуміти ... Згідно з пунктом 4 вказаної Постанови передбачено, що відповідно до норм ЦПК у позовній заяві ... Відповідно до ст. 1172 ЦК України, юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Як визначено в п. 8 Постанови Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про стягнення моральної (немайнової) шкоди», за моральну (немайнову) шкоду, заподіяну працівником під час виконання трудових обов'язків, відповідальність несе організація, з якою цей працівник перебуває у трудових відносинах, а останній відповідає перед нею в порядку регресу (статті 130, 132–134 КЗпП, якщо спеціальною нормою закону не встановлено іншого)»³⁴.

Таким чином, з поданого документа можна побачити, що суд навів усі вимоги, які ставляться до цієї частини судового рішення, однак при цьому не виконав жодної з них. Сума розміру моральної шкоди згадується лише в описовій частині, де просто перелічені вимоги позивача, а потім одразу в резолютивній. До того ж позивач вимагав відшкодувати моральну шкоду в розмірі 3 500 000 грн, а суд без будь-якого пояснення знизив цю суму до 25 000 грн, тобто у 140 разів.

Майже у всіх випадках відсутнє обґрунтування необхідності зниження суми моральної шкоди порівняно з тією, яка зазначена у позові. Одним з найкращих виявлених нами обґрунтувань, є таке:

³⁴ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/37899271>

«...суд першої інстанції, визначаючи розмір моральної шкоди, не повною мірою врахував матеріальне становище обвинуваченого, його похилий вік та реальність відшкодування визначеної суми. У зв'язку з цим, виходячи із засад розумності, виваженості та справедливості, колегія суддів приходить до висновку про часткове задоволення апеляційних вимог представника цивільного відповідача в частині цивільного позову, зменшивши розмір і моральної шкоди, стягнувши з цивільного відповідача Олександрівської Центральної районної лікарні на користь потерпілої заподіяну моральну шкоду в розмірі 100 000 грн. (замість 200 000 грн.)»³⁵.

Отже, у розглянутих судових рішеннях найбільша різниця між запитуваною сумою та задоволеним судом розміром моральної шкоди становить 140 разів, або відповідає 0,7%. У справах, розглянутих протягом 2014 року, які стосуються відшкодування моральної шкоди, заподіяні смертю особи, є три справи, у яких сума запитуваної шкоди збігається з задоволеною.

**У середньому «ціна» людського життя
визначена в розмірі 118 962 грн,
а здоров'я — 42 574 грн.
Найбільша задоволена сума —
400 000 грн., найменша — 2000 грн.**

Що цікаво, самі позивачі в середньому оцінили життя у 715 268 грн, або у 6 разів більше, а здоров'я у 168 649 грн, або майже у 4 рази більше, ніж суди України.

Для зручності порівняння задоволених та запитуваних розмірів відшкодувань моральної шкоди із зазначенням чинників виникнення такої шкоди ці дані подано у вигляді таблиці.

³⁵ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/42108172>

№	Посилання	Причина моральної шкоди	Запитуваний розмір відшкодування, грн	Задоволений розмір відшкодування, грн
1	http://reyestr.court.gov.ua/Review/39033709	Смерть сина внаслідок непроведення належної діагностики і лікування протипоказаним препаратом лікарем хірургом-онкологом запалення родимки на шиї	100 000,00	5000,00
2	http://reyestr.court.gov.ua/Review/39104306	Смерть дитини через неправильно встановлений діагноз: замість гострого отруєння похідними кумарину — функціональне порушення шлунково-кишкового тракту	2 000 000,00	100 000,00
3	http://reyestr.court.gov.ua/Review/37458113	Смерть сина внаслідок ненадання медичної допомоги лікарем швидкої допомоги при гострому гангренозному апендициті	100 000,00	100 000,00
4	http://reyestr.court.gov.ua/Review/42051486	Смерть доньки у зв'язку з наскрізним ушкодженням лівої підключичної вени та пристінкової плеври лівої плевральної порожнини завідуючим відділенням інтенсивної терапії перед операційним втручанням проводячи катетеризацію лівої підключичної вени	2 000 000,00	160 000,00
5	http://reyestr.court.gov.ua/Review/38472244	Смерть новонародженої дитини через заборону головного лікаря перинатального центру проводити лікарям кесаревий розтин породіллі при наявності показань до нього	250 000,00	150 000,00
6	http://reyestr.court.gov.ua/Review/38874338	Лікар ортопед травматолог неналежно провів первинну хірургічну обробку відкритої тупої травми правої нижньої кінцівки з обширною забійно-рваною ранюю гомілки з ушкодженням м'яких тканин (м'язів), уламковими переломами обох кісток гомілки зі зміщенням уламків, що в результаті призвело до її ампутації	152 700,00	20 000,00
7	http://reyestr.court.gov.ua/Review/37899271	Смерть дворічної дитини внаслідок неякісно проведеної операції	3 500 000,00	25 000,00
8	http://reyestr.court.gov.ua/Review/40418179	Неналежний контроль анестезіологом за адекватністю дихання протягом анестезії призвів до зупинки дихання, після чого несвоєчасно була проведена штучна вентиляція легенів, що спричинило смерть	1 000 000,00	120 000,00
9	http://reyestr.court.gov.ua/Review/41758584	Неналежне виконання лікарем акушером-гінекологом своїх професійних обов'язків у ході прийняття пологів призвело до важкої асфіксії у дитини, яка ускладнилась гіпоксично-ішемічним ураженням центральної нервової системи, енцефалопатією, судомним синдромом та синдромом рухових порушень	1 000 000,00	400 000,00
10	http://reyestr.court.gov.ua/Review/39516958	Несвоєчасне, не в повному обсязі надання медичної допомоги, що загостило перебіг розвитку посттравматичних наслідків, зумовило трансформацію шоку з первинної у вторинну стадію, розвиток геморагічного шоку, а далі — спричинило смерть сина	100 000,00	100 000,00
11	http://reyestr.court.gov.ua/Review/39494275	Проведення лікарем латексного легування гемороїдальних вузлів з недоліками, що в подальшому призвело до лікуванні в іншому медичному закладі з діагнозом комбінований геморої, стан після латексного легування гемороїдальних вузлів	15 000,00	3000,00
12	http://reyestr.court.gov.ua/Review/39149904	Токсична полінейропатія через введення пацієнтці контрастної речовини «Омніпак300»	100 000,00	6000,00

13	http://reyestr.court.gov.ua/Review/41274586	Ненадання учаснику бойових дій безоплатного лікування та недотримання процедури виписки пільгових рецептів	20 000,00	2000,00
14	http://reyestr.court.gov.ua/Review/41929496	Неякісне виготовлення нейлонових зубних протезів та непроведення усіх необхідних медичних маніпуляцій, що спричинило виникнення болісних відчуттів, кровотечі ясен, приватною клінікою, яка не мала на це ліцензії	500 000,00	40 000,00

2.5. Інститути угоди у кримінальному процесі у медичних справах

У 2014 р. поступово продовжують втілюватись у життя нові для нашої країни інститути угоди у кримінальному процесі. Так, було виявлено 11 кримінальних справ, які закінчилися угодою про визнання винуватості^{36, 37, 38} та дві справи, що завершилися примиренням^{39, 40}, тобто 13% (13 з 102). Найбільше угод — за ст. 354 та 358 КК, а також за ст. 140, 184, 364, 366 КК України, більшість з яких у 70% (9 з 13) випадків завершилися покладанням на винну особу штрафу. Випадки не затвердження судом поданої на розгляд угоди відсутні.

Лікарі надалі можуть спати спокійно: у 2014 році у 68% (69 з 102) випадків вони були звільнені від відбування покарання⁴¹

Наведена теза пов'язана з тим, що більшість злочинів, за які медичні працівники притягуються до кримінальної відповідальності, належать до злочинів невеликої тяжкості (відповідно до ст. 12 КК України та положень ст. 139, ч. 1 ст. 140, ст. 184, 354, 368-4 КК та ін.) або злочинів середньої тяжкості (відповідно до ст. 12 КК України та положень ст. 138, ч. 2 ст. 140 КК та ін.). Кримінальне покарання за

³⁶ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40015699>

³⁷ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40064542>

³⁸ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40213471>

³⁹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/39739929>

⁴⁰ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/39869111>

⁴¹ За матеріалами дослідження, які є вибіркою з реєстру судових рішень.

цими статтями не дуже суворе, однак чи є це справедливим по відношенню, наприклад, до батьків, які через злочинну халатність лікарів втратили свою дитину?

2.6. «Звільнення на поруки трудовому колективу»

При цьому було виявлено 7 випадків звільнення від кримінальної відповідальності у зв'язку з передачею особи на поруки трудовому колективу. Якщо ж подивитись на категорії цих справ, то виникає певне здивування, бо таке звільнення застосовувалось до звинувачених у службових підробках різного роду медичної документації^{42, 43, 44}. Однак куди більше враження справляє випадок, коли особу, яка незаконно вимагала сплачувати кошти за безоплатну медичну допомогу, передають на поруки та «виховання» до «трудоного колективу», що майже зі 100% імовірністю в такий самий спосіб вимагає незаконну оплату⁴⁵.

2.7. Висновки

Підсумовуючи проведене дослідження, можна зазначити, що в Україні є приклади успішного притягнення медичних працівників до юридичної відповідальності. Були виявлені такі закономірності:

⁴² <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40356336>

⁴³ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40356293>

⁴⁴ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/40605716>

⁴⁵ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/38222783>

1. Держава в особі правоохоронних органів майже не намагається захистити право на безоплатну медичну допомогу, бо протягом 2014 року до судів надійшло лише 3 кримінальні справи цієї категорії.
2. Загалом пацієнти мають такі шанси захистити свої права: «цивільні» суди ставали стороною потерпілих у 43% випадків, у випадках кримінально судочинства — у 85%.
3. Головним джерелом доказування для судів залишаються висновки судово-медичних експертиз, які гарантують у кримінальних справах перемогу у 97% випадків, а в цивільних — 83% випадків.
4. Якщо ж під час розгляду цивільної справи не була проведена судово-медична експертиза, то у 74% випадків рішення були прийняті не на користь сторони, яка оскаржувала дії медичних працівників.
5. У рамках цивільного судочинства майже не можливо відшкодувати шкоду, яка завдана через ненадання безоплатної медичної допомоги.
6. Суди починають посилатись на практику Європейського суду з прав людини у своїх рішеннях.
7. Досі у судовій системі України існують проблеми визначення та мотивування при прийнятті рішення щодо суми відшкодування моральної шкоди у «медичних справах».
8. У кримінальному судочинстві поступово розповсюджується практика застосування угод про визнання винуватості.
9. Суди найчастіше звільняють медичних працівників від реального відбування покарання за кримінальними вироками та застосовують передачу особи на поруки трудовому колективу у специфічних категоріях справ, у яких це є не досить доречним.

Спеціальна
ЧАСТИНА

Розділ 3

ПРАВА ПАЦІЄНТІВ ПРОГРАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ (ЗПТ)

3.1. Загальна інформація щодо ситуації з програмами профілактики та лікування ВІЛ/ТБ/ВГС у Донецькій та Луганській областях¹

Ситуація із забезпеченням впровадження комплексних заходів з профілактики та лікування ВІЛ, туберкульозу та гепатитів на Сході України, де ведуться бойові дії, залишається складною і щотижня лише загострюється. Незважаючи на напівзруйновану систему транспортних сполучень між населеними пунктами і критичну гуманітарну ситуацію, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (Альянс-Україна) продовжує підтримувати роботу проектів профілактики ВІЛ на базі 13 регіональних НУО: 11 — в Донецькій, у тому числі 5 — у зоні, непідконтрольній Україні; 2 — в Луганській, у т. ч. 1 — на непідконтрольній території. Робота проводиться у 13 великих містах та 33 невеликих населених пунктах обох областей, завдяки чому послугами з профілактики ВІЛ охоплено майже 32,5 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) та 2,3 тис. робітників комерційного сексу (ПКС).

За даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами

МОЗ України», наразі лише на не підконтрольній Уряду території України перебуває понад 14 тис. ВІЛ-позитивних людей, 5,6 тис. з яких приймають антиретровірусну терапію (АРТ), понад 2,1 тис. осіб мають активну форму туберкульозу, у тому числі понад 540 осіб з мультирезистентним туберкульозом.

Найбільш критична ситуація у зоні бойових дій склалася саме з програмою замісної підтримувальної терапії (далі — ЗПТ). Через режимні та нормативні обмеження, впроваджені Урядом України у зоні АТО у грудні 2014 року, доставка наркотичних препаратів ЗПТ до Донецька та Луганська неможлива. Понад 300 пацієнтів вимушені були припинити лікування ЗПТ саме через відсутність необхідних лікарських препаратів за останні декілька місяців. Запаси бупренорфіну на неконтрольованій території остаточно вичерпалися, зокрема на початку січня 37 пацієнтів програми ЗПТ з використанням бупренорфіну в Донецьку залишилися без лікування через вичерпання запасів препарату.

Без оперативного втручання Уряду ще майже 550 пацієнтів ЗПТ, які приймають метадон, можуть залишитися без життєво важливого лікування, оскільки запасів препарату вистачить лише до кінця лютого.

¹ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД.

Інформація щодо ЗПТ в Луганській та Донецькій областях (станом на 12.01.2015)²

Показник	Донецька область	Луганська область	Разом
Планова кількість	750	530 (станом на 01.05.2014 було 620 пацієнтів)	1280
Фактична кількість (станом на 12.01.2015 р.)	554	345	899
Кількість сайтів			
Територія, що контролюється Україною	4	2	6
Територія, що не контролюється Україною	4	2	6
Кількість пацієнтів			
Територія, що контролюється Україною	216	135	351
Територія, що не контролюється Україною	338	210	548
Кількість сайтів, де ЗПТ припинена	2	4	6 (>300 пацієнтів)

3.2. Порушення прав людей, які є клієнтами програми замісної підтримувальної терапії

У зв'язку з анексією Криму та блокуванням автошляхів до півострова з березня 2014 року поставки препаратів замісної підтримувальної терапії були перервані. Як відомо, ЗПТ та препарати для неї заборонені в Російській Федерації, тому ліки можуть бути поставлені лише з материкової частини України. Кожна партія наркотичних засобів, до яких належать препарати ЗПТ, має супроводжуватися озброєною міліцейською охороною з боку України, що стало неможливим у ситуації, що склалася.²

У Криму ЗПТ впроваджувалась 9 років, майже 800 наркозалежних пацієнтів щоденно отримували відповідне лікування на базі місцевих лікувальних закладів у Сімферополі, Севастополі, Ялті, Євпаторії, Феодосії, Керчі та інших міст. На момент блокування поставок лікарських препаратів для ЗПТ, а саме метадону та бупренорфіну, на півострові залишився їх запас лише на декілька тижнів. Найскладніша ситуація була у м. Севастополь, де пацієнтам почали вимушено знижувати дозування препаратів.

² Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД.

Відмова у ЗПТ внаслідок закриття програм розцінюється Спеціальним доповідачем ООН з питання про тортури та інші жорстокі, нелюдські або такі, що принижують гідність, покарання Хуаном Є. Мендесом як нелюдське ставлення та, можливо, навіть як тортури щодо наркозалежних (A/HRC/10/44 і Corr. 1 para. 57). Всесвітня організація охорони здоров'я також розцінює переривання ЗПТ як одну з форм нелюдського поводження. Припинення ЗПТ суперечить ст. 2 ч. 2 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права, яким проголошено обов'язок держави не допускати будь-якої дискримінації (у даному випадку мова йде про дискримінацію на підставі наявності хронічної залежності від опіоїдів).

Попри звернення представників громадських організацій та пацієнтів до державних структур як України, Автономної Республіки Крим, так і Російської Федерації (звернення 229 пацієнтів до Міністра охорони здоров'я РФ), 20 травня 2014 року програму ЗПТ в Криму була остаточно зупинено владою РФ. Залишалася тільки одна можливість продовжити надавати медичну допомогу клієнтам програми ЗПТ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (за фінансової підтримки Міжнарод-

ного фонду «Відродження» та Фонду Елтона Джона) запропонував у травні 2014 року допомогу пацієнтам ЗПТ, готовим виїхати з півострова на материкову частину України, для продовження лікування, якщо пацієнти планували прибути на постійне місце проживання або ж пройти повноцінний курс детоксикації та адаптуватися до подальшого життя без препарату. За час роботи проекту (до кінця серпня 2014 року) кожному пацієнту, який звернувся по допомогу, було забезпечено оплату вартості переїзду, тимчасового розміщення для проживання та харчування на період проходження терапії. Дана ініціатива також включала в себе надання інтегрованих послуг. Таким чином, за необхідності пацієнти мали можливість отримувати як медичні послуги (ЗПТ та інші), так і сприяння в отриманні юридичної та інших видів допомоги (сприяння у відновленні документів, реєстрації, працевлаштуванні тощо за рахунок існуючих соціальних сервісів для переселенців з Криму, які підтримуються державою).

До пацієнтів з Криму також приєдналися й пацієнти з Донецької та Луганської областей.

Від початку травня 2014 року у 9 містах України було прийнято близько 200 пацієнтів ЗПТ. Станом на 12.01.2015 у проекті у 7 містах України, ще перебувало 107 пацієнтів-переселенців, у тому числі — 18 з Криму, 36 — з Донецької та 53 — з Луганської областей.

Свідчення жертви порушення прав:

Пацієнтка ЗПТ Оксана (35 років) вимушена була виїхати з Сімферополя наступного дня після примусового закриття програми замісної терапії російською владою у травні. Сьогодні вона отримує лікування в одній з київських лікарень і не стримує емоцій: «Я б, мабуть, уже померла, якщо б залишилася у Криму без ліків. Я інвалід, в мене раніше вже був інсульт, і я дуже

добре знаю, що таке залишитися без терапії та допомоги навіть на декілька днів. Сьогодні у Криму колишні пацієнти, які не мали можливості виїхати, перебувають просто в жахливому стані, декого вже немає на цьому світі, а хтось вирішив покінчити з життям самогубством»³.

У травні 2014 року Державна служба України з лікарських засобів звернулася до Ради Європи з проханням допомогти подолати дефіцит медикаментів, що виник у результаті анексії Криму Російською Федерацією і конфлікту на сході України.

У відповідь на це звернення експерти Групи Помпиду (багатопротиповної структури Ради Європи щодо вироблення політики в галузі боротьби з наркозалежністю в державах-членах РЄ) перебували з 15 по 22 травня в Дніпропетровську.

До складу групи експертів увійшли чотири лікарі — з Норвегії, Швейцарії, Польщі та Словенії. «В рамках місії ми консультували пацієнтів з Криму та східної України, яких довелося вивозити в інші місця та яких за місцем їх проживання позбавили можливості проходити необхідний курс лікування. Права цих пацієнтів були порушені. Ми були в Дніпропетровську, місті, розташованому поблизу проблемних зон. Там побачили близько 20 колишніх наркозалежних пацієнтів, щодо яких були допущені й інші порушення, крім відмови в замісній підтримувальній терапії. Нехтуючи медичною таємницею, їх роботодавцям повідомили про ситуацію, в якій опинилися ці люди. Зрозуміло, пацієнти позбулися роботи, — розповідає Роберт Телцров, член Групи Помпиду. — Вони відчували себе погано, тому що лікування довелося перервати, оскільки в Росії цей препарат (метадон та бупренорфін) заборонений законом. З цієї причини деякі з пацієнтів навіть піддалися арешту за звинуваченням у ви-

³ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД.

користанні заборонених речовин. З пацієнтів вони за ніч стали злочинцями!».⁴

За даними Групи Помпиду, понад 775 кримчан проходили метадонову терапію. Але оскільки курс лікування довелося перервати, багато з них знову підсіли на героїн: «Відразу ж після незаконної анексії Криму там перейшли на російське законодавство. Це означає, що пацієнти не можуть продовжувати цей курс лікування і вони змушені виїжджати в такі місця, де можуть продовжити розпочату терапію. Але багатьом заборонили покидати Крим. Їм сказали, що якщо поїдуть, то повернутися вони вже не зможуть».⁵

«У Криму вже загинуло близько 30 пацієнтів. Лише в Сімферополі ми втратили 5–6 моїх товаришів по нещастю!», — повідомив пацієнт ЗПТ з Криму на міжнародній конференції з наркополітики 12 вересня 2014 року»⁶.

Цілком зрозуміло, що проблема з постачанням препаратів ЗПТ має місце й у зоні АТО в Донецькій та Луганській областях, особливо з огляду на те, що її вирішення неможливо перекласти на плечі волонтерів, адже обіг цих препаратів обмежений — їх неможливо купити в аптеці та привезти до пацієнтів.

Міграція клієнтів за межі міст/областей, охоплених конфліктом, спричинює перерозподіл охоплення представників цільових груп. Так, особливий вплив СІН та РКС спостерігається в містах Слов'янськ та Красний Лиман, де було зафіксовано зростання числа клієнтів у проектах зменшення шкоди. У подальшій діяльності в цьому напрямі слід передбачити перерозподіл клієнтів між неурядовими організаціями.

⁴ <http://www.europalibera.org/content/article/25401302.html>

⁵ <http://www.europalibera.org/content/article/25401302.html>

⁶ Див. також фільм «The First Crimean Victims». — <https://www.youtube.com/watch?v=G9zhiLK5AGY>

3.3. Свідчення Human Rights Watch щодо стану програми ЗПТ на неконтрольованих урядом України територіях⁷

Опіоїдна замісна терапія доступна на території, контрольованій урядом України, проте в Києві досі не затвердили підготовлену ще в січні 2015 року постанову, яка дозволила б незалежним гуманітарним групам доставляти в зону АТО метадон і бупренорфін. На цей час на підконтрольних ополченцям територіях Донецької та Луганської областей запаси бупренорфіну повністю закінчилися, метадон закінчується.

Головний лікар Донецького обласного наркодиспансеру Ігор Циба на початку лютого 2015 року розповідав, що час від часу вони отримують дещо з гуманітарною допомогою, однак поставки препаратів ЗПТ припинилися у вересні 2014 року. На початку січня 2015 року, коли закінчилися запаси бупренорфіну, їм довелося згорнути лікувальні програми з його використанням і перейти до жорсткого обмеження метадонового лікування.

За його словами, у деяких одержувачів замісної терапії, в тому числі ВІЛ-позитивних, також присутній туберкульоз або різні види гепатиту. Переривання лікування загрожує для них серйозним погіршенням стану, для деяких — смертельним ризиком.

Юлія Дрозд очолює в диспансері відділення опіоїдної замісної терапії й одночасно НВО «Донбас без наркотиків», яка займається лікуванням і соціальною реабілітацією наркозалежних у Донецькій області. На початку лютого 2015 року вона розповідала: «Найбільше шокує, що ці препарати є, тільки сюди їх не завезти, бо такої процедури не передбачено». За її словами, 70% одержувачів замісної терапії

⁷ <http://www.hrw.org/ru/news/2015/03/13/ukrainagrazhdanskoe-naselenie-ispytyvaet-trudnosti-spolucheniem-meditsinskoj-pomos>

мають ВІЛ, 25% — туберкульоз, не рахуючи інших можливих інфекцій.

За даними, що були надані «Міжнародним альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні», на початок березня в Донецькій і Луганській областях 600 пацієнтам довелося перервати опіоїдну замісну терапію через брак препаратів.

Human Rights Watch проінтерв'ювала трьох пацієнтів, які отримують замісну терапію:

- Олена, яка вживала героїн більше 30 років, розповідала, що для неї почалося нове життя, коли вона приблизно рік тому стала пацієнтом програми ЗПТ, і що їй навіть подумати страшно, що буде, коли це лікування припиниться.
- 35-річна Рита, ВІЛ-інфікована, отримує ЗПТ протягом шести років, каже, що в неї немає грошей, щоб поїхати з Донецька, де в неї 7-річний син і літня мати, яка нещодавно перенесла інсульт і нетранспортабельна: «Якщо лікування припиниться — я не виживу», — сказала вона.

3.4. Проблема реалізації права на отримання ліків за рецептом

У попередньому виданні доповіді «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2013»⁸ детально викладено законодавче підґрунтя призначення препаратів ЗПТ за рецептами. Проте на сьогодні подолати лікарський конформізм та наркофобію, «правоохоронне» ставлення до пацієнтів програми ЗПТ ще не вдалося. Пацієнтів, яким призначили препарати ЗПТ за рецептом, можна порахувати по пальцях, незважаючи на прийняття обласними управліннями

⁸ <http://library.khpg.org/files/docs/1412766279.pdf>

охорони здоров'я наказів щодо рецептурної видачі препаратів ЗПТ.

Свідчення з Тернополя:

«Пацієнтку возять щодня на сайт ЗПТ⁹ машиною. Десь тиждень уже. Але попереджають, що є проблеми з бензином. Таке вже було. Три місяці тому її теж возили пару тижнів. Потім два місяці добиралася своїм ходом. Син везе до маршрутки, в маршрутку заносить на руках спочатку її, потім коляску. Те, що поки возять, — добре. Але попереду зима. Та й потім, навіть вийти з квартири і сісти в машину без допомоги сина вона не може. Якщо щось трапиться з ним — на сайт вона не потрапить. Але знову ж таки: коли така проблема з бензином — так є ж Постанова КМУ № 333, у якій передбачається можливість створити для неї стаціонар на дому. Щоб завести її один раз у 10 днів препарат додому — бензину потрібно в 10 разів менше. Далі. Місяць тому пацієнтка написала письмову заяву і домоглася її реєстрації, щоб отримати письмову ж відповідь. Головний лікар сайту ЗПТ сказав їй, що написав з приводу рецептурної видачі в департамент у Київ. Чекають відповіді. Точніше, вказівок і роз'яснень. Так що на даний момент «відмазка» у медичного начальства залізна: — написали в Київ, а поки возимо своєю машиною за свій рахунок».

Свідчення з Києва:

«Вчора вдалося потрапити на прийом до Головного лікаря київського Центру СНІД.

Питання у представників Асоціації ЗПТ¹⁰ до нього було все ж таке саме: введення рецептурної форми видачі препаратів ЗПТ у його закладі. Сам наказ по ЛПУ¹¹ про введення рецептур-

⁹ Сайт ЗПТ — заклад, де впроваджують програму ЗПТ.

¹⁰ ВГО «Асоціація учасників ЗПТ України» ASTAU.

¹¹ Лікувально-профілактичний заклад.

ної форми видачі препаратів ЗПТ був виданий 24.10.14, але досі не працює, тобто рецепти нікому не виписуються.

*Розмова вийшла досить тривалою. З'ясувалося, що об'єктивних причин для такої ситуації ніби й немає: просто **ні лікуючі лікарі-наркологи сайту ЗПТ, ні сама адміністрація ЛПУ не горять бажанням виписувати пацієнтам рецепти на бупренорфін**. Загалом, ситуація знайома.*

Під час розмови, особливо з нашого боку, підкреслювалося виховне значення постійної рецептурної видачі ЗПТ, її неоціненний внесок у процеси ре соціалізації колишніх наркозалежних. Було наведено простий приклад: у Соціотерапії¹² за адресою вул. Визволителів, 6, зі 130 пацієнтів четверо вчать заочно у вищих навчальних закладах. Один з присутніх на зустрічі навіть показав свій студентський білет. Отримав обіцянку розпочати виписку рецептів цього року (2014), до початку 2015».

Свідчення із Запорізької області (позитивний приклад):

У м. Бердянськ у листопаді 2014 року було два пацієнти ЗПТ, яким був створений стаціонар на дому та на підставі постанови КМУ № 333 один раз на 10 днів пацієнтам доставляв препарат за місцем їх проживання.

3.5. Обов'язок держави забезпечити права пацієнтів ЗПТ

17 грудня 2014 року 295 пацієнтів програми ЗПТ звернулись до Президента України за допомогою щодо забезпечення поставок препаратів ЗПТ в зону АТО. Зокрема, у зверненні були

¹² Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія».

наведені такі факти: запасів препарату «Еднок» вистачить до 15 грудня 2014 року, препарату «Метадон» — до березня 2015 року. У зверненні були такі рядки:

«Якщо Ви зараз позбавите нас препаратів, ... то ми всі автоматично опинимося в позиції «смертників», яким більше нічого втрачати. Та якщо вибирати між повільною болісною смертю (пережити ломку і загострення всіх супутніх захворювань зможуть одиниці з нас) або поверненням у кримінальне середовище, на вулицю, а слідом і у в'язницю, то більша частина з нас віддасть перевагу завершити своє існування суїцидом, про що останнім часом пацієнти часто розмовляють між собою».

Проблема забезпечення постачання наркотичних лікарських засобів у зону АТО розглядалася на засіданні Національної ради з протидії ВІЛ/ТБ під головуванням Віце-прем'єр-міністра України 28.10.2014 року. Було прийнято таке рішення:

- 1) У підконтрольних Уряду України районах Донецької та Луганської областей забезпечувати препаратами ЗПТ пацієнтів, які отримують лікування в амбулаторних умовах, відповідно до п. 27 Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я, затвердженого постановою КМУ від 13.05.2013 № 333, у якому зазначається, що «хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, забезпечуються препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують десятиденної потреби, а під час надання паліативної допомоги — що не перевищують п'ятнадцятиденної потреби» — **це перший документ від МОЗ,**

який рекомендує виконувати вимоги постанови КМУ № 333, зокрема й можливості виписувати наркотичні препарати за рецептами на 10 (15) днів.

- 2) На територіях, не підконтрольних Уряду України, у разі неможливості забезпечувати продовження програм ЗПТ, пацієнтам з опіоїдною залежністю забезпечити проведення детоксикаційної терапії відповідно до клінічних протоколів, затверджених наказами МОЗ України.

У подальшому під егідою Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням було проведено цілий ряд робочих зустрічей та консультацій, у тому числі із залученням міжнародних гуманітарних організацій. Проте усі спроби вирішити проблему не привели до позитивного результату. Навпаки, ситуація (наприкінці 2014 року) ще більше загострилася, тим часом відповідальні державні органи досі не визначилися із своєю позицією, перекидають відповідальність одне на одного, посилаються на нібито невизначеність або різноманітні перешкоди чинного законодавства тощо.¹³

Робочою групою з числа представників основних реципієнтів гранту Глобального фонду та уповноважених державних органів розроблено та узгоджено проект постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання встановлення тимчасового порядку надання допомоги населенню на тимчасово неконтрольованих територіях Донецької та Луганської областей», що має своїм основним завданням недопущення подальшого переривання програм лікування та профілактики ВІЛ/ТБ на тимчасово неконтрольованих територіях Сходу України. Для практичної реалізації поставок будуть залучатися Міжнародний комітет Червоного Хреста та інші авторитетні міжнародні гуманітарні організації. Нормативно-правовим підґрунтям зазначеного проекту постанови Ка-

¹³ Звернення Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД до Прем'єр-міністра України від 19.12.14.

бінету Міністрів України є Закон України «Про виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні» та Женевська конвенція про захист цивільного населення під час війни.

15 січня 2015 року в офісі представництва Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні було проведено зустріч представників державних структур, неурядових та міжнародних організацій для вирішення найбільш нагальних проблем із забезпеченням безперервності лікування ВІЛ/ТБ/ЗПТ та недопущення подальшої гуманітарної кризи на територіях, не підконтрольних українській владі. Присутня на зустрічі Перший заступник міністра охорони здоров'я України О. С. Павленко запевнила, що розроблений напередодні проект Постанови Уряду, який дозволить організувати поставки гуманітарних ліків на не підконтрольні території для спасіння тисяч життів громадян України, готовий для оперативного затвердження на найближчому засіданні Уряду.

За даними прес-служби МОЗ України 16 січня 2015 року проект постанови був направлений до Кабміну¹⁴.

3.6. Початок запровадження у програмах ЗПТ рідкої форми препарату «Метадону гідрохлорид»

На виконання п. 7 розділу II Завдань і заходів з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, затвердженої Законом України від 05 червня 2012 року № 4888-VI, у рамках програми 10-го раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, 27 травня 2014 року було затверджено наказ МОЗ № 359 «Про впровадження застосування рідкої форми препарату «Метадону гідрохлорид Молтені» (метадону гідрохлориду розчин оральний,

¹⁴ http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20150117_c.html

1 мг/мл, флакони по 1000 мл) для проведення замісної підтримувальної терапії особам з психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів».

Перелік закладів охорони здоров'я, на базі яких буде впроваджено застосування рідкої форми препарату «Метадону гідрохлорид Молтені»

№ з/п	Назва закладу	Кількість пацієнтів
1	Дніпропетровський обласний наркологічний диспансер	100
2	Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»	100
3	Київська міська клінічна лікарня № 5	100

Як видно з таблиці, застосування рідкої форми препарату «Метадону гідрохлорид Молтені» передбачається для 300 пацієнтів у Києві та Дніпропетровську.

3.7. Рекомендації

Державі Україна, Уряду України¹⁵:

- Негайно прийняти постанову Уряду України, яка дозволить організувати поставки гуманітарних ліків, у тому числі тих, що застосовуються у програмах ЗПТ, на непідконтрольні території, можливо, спільно з місією Міжнародного комітету Червоного Хреста.
- Розглянути та прийняти проект змін до наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2013 року № 200».
- Привести нормативно-правову базу щодо обороту наркотичних препаратів у відповідність до постанови Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333 «Про затвердження Порядку придбання, переве-

знення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я».

- Забезпечити використання рідких форм препаратів ЗПТ для перорального застосування на сайтах ЗПТ на виконання наказу МОЗ № 359 від 27 травня 2014 року.
- Збільшити кількість клієнтів ЗПТ, які зможуть отримувати препарати ЗПТ за рецептами.
- Взяти під особистий контроль керівних органів МВС України випадки переслідування клієнтів ЗПТ.
- Привести норми Наказу МОЗ України № 634 від 29.07.2010 р. щодо невеликих, великих та особливо великих розмірів доз наркотичних засобів, що перебувають у незаконному обігу, у відповідність до добових доз для статистичних цілей (S-DDD), що визначаються МККН ООН.

Громадським організаціям:

- Подовжувати громадський моніторинг виконання спільного наказу МОЗ України, МВС України, Міністерства юстиції та Державної служби з контролю за наркотиками від 22 жовтня 2012 року № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії».
- Проводити постійний моніторинг випадків порушень прав наркозалежних та втручань у діяльність програм зменшення шкоди, зокрема, з боку правоохоронних органів.
- Посилити взаємодію з Уповноваженим Верховної Ради з прав людини щодо запобігання порушенню прав наркозалежних, зокрема права на здоров'я, права на доступ до життєво необхідних ліків, права на заборону жорстокого або нелюдського поводження, права на свободу пересування, права на отримання освіти тощо.

¹⁵ Також мають бути враховані рекомендації: «Лучшие практики в Европе: профилактика ВИЧ среди людей, которые употребляют наркотики, при поддержке Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине. Июль 2014. WHO».

Розділ 4

ПРАВА ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Відповідно до визначення ВООЗ, паліативна медична допомога — це підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів (дітей і дорослих) та їх сімей, що зіткнулися з проблемами, пов'язаними з небезпечним для життя захворюванням, шляхом запобігання та полегшення страждань за рахунок раннього виявлення, ретельної оцінки та лікування болю та інших фізичних симптомів, а також надання психосоціальної і духовної підтримки¹. Надання паліативної допомоги засноване на принципі поваги до рішень пацієнтів і спрямоване на надання практичної підтримки членам їх сімей упродовж хвороби та у випадку смерті пацієнта для подолання горя у зв'язку втратою близької людини.

Щодо паліативної допомоги та права на здоров'я Комітет з економічних, соціальних і культурних прав у Зауваженні загального порядку 14, зазначив, що

«...держави несуть обов'язок поважати право на здоров'я, утримуючись від вживання заходів, що закривають або об-

межують рівний доступ усім ... до профілактичних, лікувальних і паліативних послуг охорони здоров'я»².

Право на здоров'я визнається в числі основних прав людини в Статуті ВООЗ і в низці міжнародних документів з прав людини, таких як: Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації проти жінок, Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або тих, що принижують гідність, видів поведінки чи покарання, Конвенція про права дитини та Конвенція про права інвалідів.

За оцінками ВООЗ, щороку в усьому світі близько 20 млн. осіб потребують паліативної медичної допомоги в кінці життя. Стільки ж потребують паліативної допомоги протягом останнього року життя. Таким чином, загальне число людей, яким щорічно потрібна паліативна медична допомога, становить близько

¹ National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd edition. — Geneva: World Health Organization; 2002. — <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

² Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003). Документ E/C.12/2000/4.

40 млн. За оцінками, із 20 млн. осіб, які потребують паліативної допомоги в кінці життя, 80% проживають у країнах з низьким і середнім рівнем доходів; близько 67% — люди похилого віку (старші за 60 років) і близько 6% — діти³.

У рамках національних систем охорони здоров'я дитяча паліативна допомога повинна бути включена в процес безперервного надання медичної допомоги дітям з небезпечними для життя захворюваннями. Необхідним є формування стратегічного зв'язку між наданням паліативної допомоги та програмами профілактики, раннього виявлення та лікування цих захворювань⁴.

В Україні та в багатьох країнах світу існують певні перешкоди в реалізації паліативної медичної допомоги: політика у сфері охорони здоров'я формується без належного урахування потреб у паліативній допомозі; найчастіше відповідна наукова робота та підготовка фахівців не проводяться зовсім або проводяться недостатньо; утрудненим є доступ до наркотичних анальгетиків. За результатами недавнього дослідження про стан справ у галузі надання паліативної медичної допомоги в 234 країнах та регіонах, лише в 20 з них цей вид допомоги належним чином інтегровано в систему охорони здоров'я; в 42% країн служби з надання паліативної медичної допомоги взагалі відсутні, а в 32% досліджених країн доступ до даних послуг забезпечений лише для невеликої частини населення. Близько 80% світового населення не мають належного доступу до лікарських засобів, необхідних для надання паліативної допомоги⁵.

³ How many people are in need of palliative care worldwide? In: *Global atlas of palliative care at the end of life*. — Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.

⁴ *Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Module 5: palliative care*. — Geneva: World Health Organization; 2007.

⁵ Lynch T. Mapping levels of palliative care development: a global update/ Lynch T., Connor S., Clark D. // *Journal of Pain and Symptom Management*. — 2013. — № 45(6). — P. 1094–1106.

На жаль, у нашій країні перелік лікарських засобів для надання паліативної допомоги ще не затверджено.

В Україні паліативну допомогу віднесено до сфери медичного обслуговування та регламентовано наказом МОЗ № 41 від 21.01.2013 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» та ст. 35-4 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка набула чинності з 01.01.2015 відповідно до Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»), а паліативний догляд є соціальною послугою (відповідно до спільного Наказу Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим» від 23.05.2014). Такий розподіл повноважень між двома міністерствами утруднює організацію повноцінного комплексу забезпечення пацієнтам паліативної допомоги. Що ж до Паліативної допомоги для дітей, яка має низку особливостей, то вона взагалі не знайшла відображення в регламентуючих документах.

Сприяти комплексному розв'язанню актуальної проблеми доступності паліативної допомоги в Україні, забезпеченню ефективної взаємодії у цьому напрямі державних і громадських інститутів покликаний проект наказу МОЗ України «Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс», відділення/палати паліативної та хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги «Хоспіс на дому», який чекає на прийняття з грудня 2010 року.

У 2013 році наказом МОЗ № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» було затверджено тільки частину необхідних нормативних документів. Проте залишились неприйнятими вкрай важливі документи, що утруднює, а в деяких випадках

навіть унеможлиблює розвиток паліативної допомоги:

- примірне положення про спеціалізований заклад охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс»;
- примірне положення про відділення/палати паліативної та хоспісної медицини;
- примірне положення про спеціалізовану мультидисциплінарну мобільну бригаду паліативної допомоги «Хоспіс на дому».
- примірний табель оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення спеціалізованого закладу охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс»;
- примірний табель оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги «Хоспіс на дому».

Дуже важливо: Потрібне прийняття подібного окремого комплексного документу про організацію дитячої паліативної допомоги

Ми сподіваємось, що об'єднання ресурсів держави, місцевих громад, громадських організацій, наукових і лікувальних установ дасть змогу забезпечити створення та розвиток сучасної, професійної, економічно доцільної та ефективної системи (служби) паліативної допомоги, яка передбачає різні організаційні форми надання паліативної допомоги, в тому числі комунальні, недержавні, приватні та благодійні, залежно від потреб населення та особливостей регіону, що дозволить забезпечити максимально можливу та гідну якість життя пацієнтам з невиліковними захворюваннями й обмеженим прогнозом життя та їхнім рідним, що має велике соціальне, економічне та морально-етичне значення для усього суспільства.

4.1. Порушення прав паліативних хворих

Протягом 2014 року, незважаючи на суттєві зміни у законодавстві України⁶, особливо ті, що стосуються обігу наркотичних знеболюючих засобів, правозахисниками зафіксовані суттєві порушення прав паліативних хворих. Треба зауважити, що ментальні особливості родичів важко хворих людей та недоліки правової свідомості призводять до глибокої латентності порушення прав паліативних хворих. Так, за весь 2014 рік до правозахисників звернулось п'ять родичів паліативних хворих за правовою допомогою з типовими проблемами: всі вони стосувалися доступу до опіоїдних наркотичних знеболюючих засобів.

Географія звернень була така: два звернення з м. Києва, два звернення із Закарпаття (Тячевський та Мукачевські райони), одне — з Черкаської області (м. Ватутіно). Варто підкреслити, що ставлення до хворих у Тячевському районі Закарпатської області та в Голсіївському районі м. Києва не мали відмінностей.

Фабула звернень була типова: у хронічно хворої людини є виразний больовий синдром, пацієнт проходив специфічне лікування й наразі опинився вдома сам на сам зі своїм болем та стражданнями. Амбулаторний заклад або аптека за місцем проживання хворого відмовляється призначити (чи видавати) ефективно знеболення за нормативами, які встановлені МОЗ України.

Причини відмови з боку лікувального закладу:

1. «Ми не знаємо, чи є біль, чи немає».
2. «Хворий від призначення стане наркоманом, тому нехай приймає налбуфін, або на крайній випадок — призначаємо трамадол за годину до смерті».

⁶ «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2013».

3. «Ми не можемо виписувати морфін за рецептом. А що, є таблетований морфін? Та це ж дуже сильний препарат — краще трамадол».
4. «А як ви призначаєте трамадол? — Та по 1 капсулі три рази на добу. — А яка доза трамадола у капсулі? — Та я не знаю, по 1 три рази».
5. «Ми призначаємо 1 табл. морфіну на ніч. — А чому в інструкції написано кожні 4 години? — Та ми ж лікарі, нам краще відомо».
6. «У нас немає рецептурних бланків Ф-3».
7. «В аптеці не існує запасу таблетованого морфіну. Де ви його отримаєте?».
8. «На одному бланку рецепту Ф-3 можна виписати тільки 10 таблеток морфіну».
9. «Я не призначаю морфін, це робить комісія із доцільності призначення» — сімейний лікар.
10. «Ви зареєстровані у Канцер-реєстрі? Ні? Так ми вам не маємо права виписувати знеболення».
11. Хворому, інваліду 1 групи, сімейний лікар: «Прийдіть самі за рецептом. Ото мені робити нічого, тільки вам рецепти приносили. — Самі не можете? А вашій доглядальниці-наркоманці не дам».

Усі ці діалоги-відмови суперечать чинному законодавству України.

Подібна позиція медичних працівників не є гуманною, порушує право паліативного хворого на гідність, право на запобігання нелюдському поводженню.

Слід зауважити, що допомогти хворій людині, яка страждає, медичні працівники мають можливість.

В Україні протягом 2014 року працювали два тренінгових центри з паліативної допомоги: в Івано-Франківську та у Харкові. Крім того, громадські організації проводили виїзні семінари для медичних працівників з метою роз'яснення нових змін у законодавстві Укра-

їни та нового порядку призначення наркотичних анальгетиків у закладах охорони здоров'я. Під час навчальних заходів відбувалося спілкування з медичними працівниками (зворотний зв'язок), у ході якого підтверджувалися найгірші побоювання стосовно розповсюдженості вищенаведеного ставлення лікарів до невиліковно хворих людей. Тому припущення про глибоку латентність порушення прав паліативних хворих, на жаль, має всі підстави.

4.2. Дитяча паліативна допомога

Визначення ВООЗ у питаннях дитячої паліативної допомоги (далі — ДПД)⁷. Поняття «паліативна допомога» було вперше введено 1990 року ВООЗ і наразі визначається як «підхід до догляду, що покращує якість життя пацієнтів та їх сімей, які мають небезпечні для життя захворювання, шляхом здійснення профілактичних заходів, оцінювання та лікування болю, запобігання фізичних, психологічних і духовних проблем». У 2004 році ВООЗ докладно описано паліативну допомогу дітям як активний повний догляд за дитиною, його фізичним, розумовим і духовним станом, а також як заходи надання підтримки сім'ї. Нещодавно, 2013 року опубліковано 18-е видання Примірного переліку ВООЗ основних лікарських засобів і 4-те видання Примірного переліку ВООЗ основних лікарських засобів для дітей, до яких було включено розділи, присвячені застосуванню знеболюючих лікарських засобів у контексті надання паліативної медичної допомоги. Отже, цим засвідчено важливість використання знеболюючих лікарських препаратів з метою надання паліативної допомоги, що сприятиме забезпеченню наявності та економічної доступності всіх лікарських засобів, необхідних для оптимальної реалізації дитячої паліативної допомоги. Окрім опіоїдних і неопіоїдних препаратів, призначених для лікування больового синдрому, до цих переліків також

⁷ Розділ про дитячу паліативну допомогу підготували: А. Пеньков, Р. Марабян, О. Піга.

були включені лікарські засоби для лікування різних загальних симптомів, таких як анорексія, нудота, закріп, діарея та ін.

Філософія ДПД. Незважаючи на існуючі відмінності в підходах до паліативної допомоги в різних країнах, фахівцями у цій галузі визначено деякі спільні цінності: повагу автономії та гідності пацієнта, необхідність індивідуального планування і прийняття рішень, холістичний підхід⁸.

Автономія пацієнта — це перш за все, визнання цінності кожної людини і повага до неї, як до унікальної особистості⁹.

Гідність передбачає ставлення персоналу до пацієнта з повагою, відкритістю, чуйністю, зважаючи на його особистісні, культурні та релігійні цінності.

Отже, одним із ключових філософських питань паліативної допомоги є проблема **взаємин між пацієнтом і медичним персоналом**. Персоналу слід підтримувати стосунки співпраці з пацієнтами та їх родичами, які є важливими партнерами. У процесі здійснення допомоги необхідно формувати умови, за яких усі учасники надання допомоги націлені на розвиток у дитини здатності жити з невиліковними захворюваннями, психологічно прийняти необхідність зміни планів на майбутнє¹⁰.

І все ж таки, головним завданням ДПД є досягнення, підтримка, збереження і підвищення, наскільки це можливо, **якості життя** хворої людини. Філософським питанням паліативної допомоги є **ставлення до життя і смерті**, тому в багатьох визначеннях паліа-

тивної допомоги міститься позиція стосовно життя і смерті¹¹.

Смерть розцінюється як таке саме важливе явище, що й життя; вона невіддільна від життя і є його частиною. Вчинення актів еутаназії або суїциду за сприяння лікаря не повинно входити в коло завдань паліативної допомоги¹². «Цінність життя, природність процесу смерті й усвідомлення того, що і життя, і смерть надають людині можливості для особистісного зростання та самореалізації» мають бути визнані¹³.

Для надання паліативної допомоги належної якості необхідно, щоб персонал мав навички ефективного **спілкування** — взаємодії між дитиною і медичними працівниками, між дитиною та їхніми родичами, між різними категоріями медичних працівників і співробітниками служб, які беруть участь у наданні допомоги. Часто незадоволеність і скарги зумовлені неефективним спілкуванням¹⁴. Було доведено, що ефективне спілкування поліпшує якість наданої допомоги¹⁵. У процесі

⁸ Pastrana T. A matter of definition — key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care / Pastrana T., Jiinger S., Ostgathe C. [et al] // Palliat Med. — 2008. — № 22. — P. 222–232; Lunder U. Identifying effective ways of implementation of palliative care into Slovene health care system/ Lunder U. // Research Paper. — Budapest: Center for Policy Studies, Open Society Institute, 2005.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Pastrana T. A matter of definition — key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care / Pastrana T., Jiinger S., Ostgathe C. [et al] // Palliat Med. — 2008. — № 22. — P. 222–232; Lunder U. Identifying effective ways of implementation of palliative care into Slovene health care system/ Lunder U. // Research Paper. — Budapest: Center for Policy Studies, Open Society Institute, 2005.

¹² Materstvedt L. J. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force / Materstvedt L. J., Clark D., Ellershaw J. [et al] // Palliat Med. — 2003. — № 17. — P. 97–101.

¹³ Lunder U. Identifying effective ways of implementation of palliative care into Slovene health care system / Lunder U. // Research Paper. Budapest: Center for Policy Studies, Open Society Institute, 2005.

¹⁴ Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003. — www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf (last accessed 08/09/2009).

¹⁵ Effective Health Care. Informing, communication and sharing decisions with people who have cancer. University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2000.

спілкування доводиться обговорювати важкі й, певною мірою, дуже особисті, болючі питання, що вимагає певного часу, співучасті та щирості. Перед персоналом відділень паліативної допомоги стоїть складне завдання: з одного боку, надати пацієнту чесну і повну інформацію, а з іншого, — зберегти повагу до його надій на сприятливий прогноз та/або виживання, незважаючи на наближення смерті¹⁶.

Підвищення рівня інформованості населення про систему паліативної допомоги сприятиме не лише його кращій обізнаності із зазначених питань, а й дасть можливість майбутнім поколінням менше боятися смерті та переживань у зв'язку з важкою втратою, з чим неминуче доводиться стикатися кожній людині¹⁷.

Філософським підходом щодо надання ДПД є **мультипрофесійний та міждисциплінарний підхід**, оскільки командна робота вважається основою паліативної допомоги¹⁸. До складу мультипрофесійних команд мають бути включені різні фахівці з клінічних дисциплін¹⁹. Існують переконливі докази того, що командна робота під час надання паліативної допомоги приносить дітям більше користі, зменшує загальні витрати завдяки скороченню часу перебування пацієнта в лікувальних установах екстреної допомоги, є ефективною для лікування болю та інших тяжких симптомів.

¹⁶ National Institute for Health and Clinical Excellence. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual, 2004.

¹⁷ Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003. — [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) (last accessed 08/09/2009).

¹⁸ Jiinger S. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams / Jiinger S., Pestinger M., Elsner F. [et al] // Palliat Med. — 2007. — № 21. — P. 347–354.

¹⁹ Clinical Standards Board for Scotland. Clinical Standards for Specialist Palliative Care. — Edinburgh: NHS Scotland, 2002.

4.3. Концепція дитячої паліативної допомоги²⁰

Рівні ДПД. Паліативна допомога дітям являє собою особливий, хоча і тісно пов'язаний з допомогою дорослим, розділ паліативної допомоги²¹. Існують два рівні такого виду допомоги: паліативний підхід і спеціалізована паліативна допомога. Паліативний підхід при наданні медичної допомоги реалізується в установах і службах, які лише періодично займаються наданням допомоги «паліативним» пацієнтам. На відміну від цього, спеціалізована паліативна допомога здійснюється командою підготовлених фахівців, до складу якої входять лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, служителі церкви, психологи, волонтери та інші, що мають досвід надання допомоги з метою поліпшення якості життя дітей²².

У ДПД існують два основних визначення станів: **стани, які обмежують тривалість життя**, та **стани, загрозливі для життя**²³. Обмежувачами тривалість життя у дітей називають стани, за яких зазвичай настає передчасна смерть; наприклад, м'язова дистрофія Дюшена²⁴. Загрозливими для життя називають захворювання, за яких велика ймовірність передчасної смерті у зв'язку

²⁰ Викладено схематично для розуміння загально напрямку розвитку ДПД.

²¹ World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care.

²² European Association of Palliative Care (EAPC) Task force: IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*. — 2007. — № 14. — P. 2–7.

²³ *Bluebond-Langner M.* Preferred place of death for children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: a systematic review of the literature and recommendations for future inquiry and policy / *Bluebond-Langner M., Beecham E., Candy B.* [et al] // *Palliat Med*. — 2013. — № 27(8). — P. 705–713.

²⁴ *Craig F.* Steering Committee of the EAPC Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe / *Craig F., Abu-Saad Huijjer H., Benini F.* [et al] // *European Journal of Palliative Care*. — 2007. — № 14. — P. 109–114.

з тяжкістю захворювання, але при цьому існує також шанс на виживання і дитина може дожити до дорослого віку. Наприклад, діти, які отримують протипухлинне лікування або надійшли в палату інтенсивної терапії після гострої травми.

Для паліативної допомоги дітям характерним є широкий спектр різноманітних станів, серед яких більшу частку, ніж у паліативній допомозі дорослим, становлять неонкологічної захворювання. У загальних рисах паліативну допомогу дітям і підліткам можна розділити на чотири категорії (на підставі Керівництва з розвитку служб паліативної допомоги дітям, підготовленого Асоціацією дитячої паліативної допомоги та Королівської колегією педіатрів та здоров'я дітей у Великобританії)²⁵:

Група 1: Загрозливі для життя захворювання, за яких радикальне лікування може бути проведено, але часто не дає результатів. Використання служби паліативної допомоги може знадобитися паралельно зі спробами радикального лікування та/або в разі його невдачі.

Група 2: Стани, за яких передчасна смерть неминуча, але довгочасне інтенсивне лікування може збільшити тривалість життя дитини і дозволить зберегти її активність, наприклад, муковісцидоз,

Група 3: Прогресуючі інкурабельні стани зазвичай тривають багато років, коли можливе проведення лише паліативної терапії, наприклад, хвороба Баттена (нейронний воскоподібний ліпофусциноз/хвороба Тея-Сакса) або м'язова дистрофія.

Група 4: Незворотні/невиліковні, але не прогресуючі стани, що зумовлюють важку інвалідизацію дитини, схильність до частих ускладнень і можливість передчасної смерті. Прикладами можуть служити важкий церебральний параліч, множинні важкі на-

слідки крововиливів у головний або спинний мозок.

Як моделі ДПД визначено такі:

- 1. Амбулаторна дитяча паліативна допомога.** Дуже часто паліативна допомога дітям надається в рамках загальної програми паліативної допомоги (наприклад, фахівцями, які працюють одночасно як з дорослими, так і з дітьми амбулаторно або у складі мобільної хоспісної бригади). Перевага: *оптимальний спосіб максимально наблизити надання паліативної допомоги до місця проживання пацієнта, що є вкрай актуальним у ситуації незначного числа дитячих програм, а отже, великих відстаней між місцями проживання та лікування дитини.* Недолік: *кількість персоналу, який пройшов навчання в галузі паліативної допомоги дітям, може бути недостатньою, або, навпаки, може бути замало дітей, які потребують цієї допомоги.*
- 2. Стаціонарні відділення паліативної допомоги.** Спеціалізовані відділення паліативної допомоги можуть функціонувати як незалежні організації, хоспіси або як частини лікарні чи інших медичних закладів. Вони пропонують членам родини **соціальний перепочинок**, а також симптоматичний контроль і програму допомоги «в кінці життя» (в термінальній стадії захворювання). Перевага: *діти, які перебувають у важкому стані, можуть бути госпіталізовані для корегування симптоматичної терапії.* Недолік: *стаціонарна допомога є досить дорогим сервісом і до того ж може бути розташована далеко від місця проживання дитини.*
- 3. Програми денного перебування** (денні центри, денні стаціонари) можуть надавати допомогу тільки тим дітям, які проживають недалеко від даного місця розташування сервісу. Перевага: *в денних центрах є можливість надавати дітям деякі додаткові види допомоги до тих, що вони отримують удома. У цей час батьки/опікуни хво-*

²⁵ ACT/RCPCH. A guide to the development of children's palliative care services. 1 ed. — Bristol and London: ACT/RCPCH, 1997.

рої дитини мають можливість відпочити. Недолік: такі центри можуть бути розміщені далеко від місця проживання дітей, а це утруднюватиме надання паліативної допомоги²⁶.

Таким чином, виділено служби та установи для ДПД:

Неспеціалізованими установами паліативної допомоги є:

- районні/дільничні служби сестринського догляду;
- лікарі загальної практики;
- амбулаторні служби сестринського догляду;
- відділення лікарень загального профілю;

- будинки дитини та інтернати.

Службами спеціалізованої допомоги є:

- стаціонарні відділення паліативної допомоги;
- стаціонарні хоспіси;
- команди (підтримки) паліативної допомоги в лікарнях;
- команди, які надають паліативну допомогу вдома;
- хоспісні команди, які надають допомогу за місцем мешкання пацієнта:
 - ◇ денні хоспіси;
 - ◇ «стаціонари на дому»;
 - ◇ амбулаторні клініки.

Систему градації та організаційні форми ДПД подано в табл. 1²⁶.

Таблиця 1. Організаційні форми дитячої паліативної допомоги

Паліативна допомога				
Паліативний підхід		Спеціалізована підтримка загальної паліативної допомоги		Спеціалізована паліативна допомога
Невідкладна допомога	Лікарні	Волонтери	Команда паліативної допомоги в лікарні	Відділення паліативної допомоги
Довготривала допомога	Будинки дитини, інтернати			Стаціонарний хоспіс
Допомога вдома	Лікарі загальної практики, команди сестринського догляду вдома		Команда паліативної допомоги вдома	Вийзна служба паліативної допомоги, денний стаціонар

4.4. Порушення прав дітей, що потребують паліативної допомоги

Ми спеціально дуже докладно виклали моделі надання паліативної допомоги дітям, оскільки ці підходи залишаються мрією ентузіастів лікарів-педіатрів. Вищевказаний наказ Міністерства охорони здоров'я України № 41

від 21.01.2013 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» не містить жодного посилення на існування дитячої паліативної допомоги взагалі. Для більшості чиновників навіть згадування про те, що діти можуть бути невиліковно хворими та померти, викликає обурення: «Наша система охорони здоров'я вилікує усіх дітей».

Проблеми:

1. Поняття, принципи, засади паліативного лікування дітей в Україні законодавчо не визначені.
2. У зв'язку з цим **не існує місця у сучасній системі охорони здоров'я України**, де діти, до

²⁶ <http://www.elearnicpcn.org/mod/book/view.php?id=289&chapterid=466>

²⁷ Hain R. Paediatric palliative care: development and pilot study of a 'Directory' of life-limiting conditions. BMC / Hain R., Devins M., Noyes J. // Palliative Care 2013.

яких можна застосовувати поняття «паліативні», мали б можливість перебувати.

3. Але вони перебувають у будинках дитини, де не має паліативного відділення.
4. Якщо є підозра, що життя дитини вже закінчується, її переводять до лікувальних закладів, де є реанімаційні відділення.
5. У реанімаційних відділеннях невиліковно хворі діти можуть перебувати тижнями, чи навіть місяцями. Найчастіше родичів до них не пускають.
6. В останні миті свого життя діти бачать тільки лікарню. Вони розлучені з батьками.
7. В онкологічних відділеннях не існує паліативних палат, тому діти, стан яких стає важким і виникає загроза їх життю, перебувають з іншими пацієнтами. Або спостерігають «ефект вікна у двері, яке закрито простирадлом» — маленькі пацієнти вже знають, що там вмирає їх товариш.
8. Не існує на українському фармацевтичному ринку зареєстрованих лікарських форм дитячих знеболюючих засобів, у тому числі опіоїдних анальгетиків.

Невизначення дитячої паліативної допомоги в Україні порушує, насамперед, положення Конвенції про права дитини:

Стаття 9

1. Держави-учасниці забезпечують те, щоб дитина не розлучалася з батьками всупереч їх бажанню.

Стаття 24

1. Держави-учасниці визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Держави-учасниці намагаються забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я.

Стаття 23

1. Держави-учасниці визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношен-

ні дитина **має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність**, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства.

4.5. Рекомендації до підрозділу про розвиток паліативної допомоги дорослому населенню

1. Розробити і реалізувати на національному рівні заходи політики, спрямовані на включення паліативної медичної допомоги в процес безперервного надання медичних послуг пацієнтам з небезпечними для життя захворюваннями на всіх рівнях системи охорони здоров'я шляхом створення національної Концепції розвитку паліативної допомоги в Україні, з особливим акцентом на службах первинної медико-санітарної допомоги та на організації надання паліативної допомоги на рівні місцевих громад.
2. Розробити та ухвалити зміни до наказу МОЗ № 41 від 21 січня 2013 року «Про організацію паліативної допомоги в Україні», у яких передбачити:
 - a. Примірне положення про спеціалізований заклад охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс»;
 - b. Примірне положення про відділення/палату паліативної та хоспісної медицини;
 - c. Примірне положення про спеціалізовану мультидисциплінарну мобільну бригаду паліативної допомоги «Хоспіс вдома»;
 - d. Примірний табель оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення спеціалізованого закладу охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс»;
 - e. Примірний табель оснащення медичним обладнанням та виробами медичного

призначення спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги «Хоспіс вдома».

3. Привести нормативно-правову базу щодо обороту наркотичних препаратів у відповідність до постанови Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я».
 - Ухвалити зміни до Постанови КМУ № 589 від 3 червня 2009 року «Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом», зокрема виключити п. 15.
 - Скасувати наказ МОЗ № 11 як такий, що не відповідає положенням постанови КМУ № 333 від 13.05.2013 р.
4. Підготувати й затвердити Наказ МОЗ «Про обіг наркотичних препаратів, психотропних засобів і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», у якому уточнити та конкретизувати положення постанови КМУ № 333, зокрема, про порядок знищення використаних ампул, у яких містились наркотичні препарати.

Органам місцевого самоврядування:

1. Розглянути питання про можливість створення та фінансування виїзних патронажних служб паліативної допомоги.
2. Протягом 2014 року проводити семінари з тематичного удосконалення за напрямком «Паліативна допомога» з першочерговим залученням медичних працівників центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Громадським організаціям:

1. Продовжувати громадський моніторинг виконання постанови КМУ № 333 від 13 травня 2013 року та положень наказу МОЗ № 360 про призначення наркотичних знеболюю-

чих засобів, з особливою увагою — в амбулаторних умовах лікування.

2. Проводити постійний моніторинг випадків порушень прав паліативних хворих.
3. Посилити взаємодію з Уповноваженим Верховної Ради з прав людини щодо запобігання порушенню прав паліативних хворих, зокрема права на здоров'я, права на доступ до життєво необхідних ліків, право на заборону жорстокого або нелюдського поводження тощо.
4. Організовувати та брати участь в адвокаційних кампаніях щодо наркополітики в Україні.
5. Проводити навчальні тренінги та семінари для правоохоронців, медичних працівників щодо основних законодавчих засад наркополітики в Україні та запобігання порушенню прав паліативних хворих, зокрема, на доступ до наркотичних знеболюючих засобів.

4.6. Рекомендації до підрозділу про розвиток дитячої паліативної допомоги

1. Розробити сучасну нормативно-правову базу для впровадження паліативної допомоги дитячому населенню в умовах реформування медичної галузі.
2. Створити міжвідомчу групу з метою розвитку дослідницької діяльності в галузі дитячої паліативної медичної допомоги, включаючи розробку стандартів, нормативно-правових документів та моделей надання даного виду послуг.
3. Розробити стандарти комунікації та етичних аспектів надання дитячої паліативної допомоги. Залучати місцеву громаду до процесу розробки та реалізації заходів і програм.
4. Забезпечити належний доступ дітей, які потребують паліативної допомоги, до лікарських засобів, рекомендованих ВООЗ.

5. Провести реєстрацію дитячої форми морфіну та інших фармацевтичних форм знеболювання для дітей і гарантувати проведення закупівель цього життєво необхідного лікарського засобу за державні кошти.
6. Забезпечити надання всіх складових дитячої паліативної допомоги (медичної, психологічної, духовної, соціальної) дітям та членам їх родини підготовленими фахівцями.
7. Затвердити положення про стаціонарні та мобільні (виїзні бригади) сервіси надання паліативної допомоги дітям на базі державних медичних закладів як складового елемента загального положення «Про організацію дитячої паліативної допомоги».
8. Провести інформаційну та просвітницьку роботу з питань надання паліативної медичної допомоги з метою досягнення загального охоплення дітей, що потребують паліативної допомоги.
9. Організувати семінари-тренінги для медичного персоналу, який надає дитячу паліативну допомогу. Включити курс з дитячої паліативної допомоги до навчальної програми закладів середньої та вищої медичної освіти.

Розділ 5

ПРАВА РОМІВ НА ДОСТУП ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Сьогодні Україна переконливо засвідчила свій євроінтеграційний вибір. Однак на шляху до Європи стоїть чимало перепон. І не тільки політичного чи економічного характеру. Стати членом Євросоюзу Україна зможе лише тоді, коли навчиться впроваджувати відповідальну соціальну політику, й, особливо — етнонаціональну політику.

Незаперечним є той факт, що національним меншинам в Україні не забезпечено повноцінні умови для проживання та розвитку їхніх громад. Більше того, поширене таке ганебне й неприпустиме для цивілізованого суспільства явище, як дискримінація за расовою ознакою. Українські владні органи переконують Європу, що випадки прямої дискримінації в державі є одиничними і нечастими. Водночас реальність не приховати: представники національних меншин в Україні постійно зазнають прямої та особливо непрямої дискримінації. І найчастіше від цього, через різні причини, потерпають представники ромських громад.

Ромська національна меншина є найбільш соціально вразливою національною меншиною в Європі. Інтеграція в українське суспільство ромської національної меншини на сьогодні є соціально значущим питанням.

На території України найбільш компактно роми проживають у Закарпатській (14 тис.

осіб), Донецькій (4,1 тис. осіб), Дніпропетровській (4 тис. осіб), Одеській (4 тис. осіб), Харківській (2,3 тис. осіб) та Луганській (2,2 тис. осіб) областях. Роми в Україні мають ті ж проблеми, що і представники цієї національної меншини в інших державах Європи, зокрема: низький освітній рівень, високий рівень безробіття, незадовільний стан здоров'я, відсутність у більшості ромів документів, що посвідчують особу та підтверджують громадянство, свідоцтв про державну реєстрацію актів цивільного стану, низький рівень житлово-побутових умов, наявність фактів упередженого ставлення до ромів.

Починаючи з квітня 2010 року, за підтримкою Міжнародного Фонду «Відродження» та Інституту відкритого суспільства, Ради Європи в Україні розпочала свою діяльність пілотна програма із впровадження послуг Ромських соціально-медичних посередників¹. Основна мета Програми — здійснити спробу запропонувати ромським громадам послугу з посередництва, яка б вирішувала одночасно низку проблем в їх спілкуванні з державними установами та отриманні ними кваліфікованої і вчасної допомоги.

¹ У розділі використані матеріали публікації «Ромські медичні посередники в Україні: досягнення, виклики, можливості», що були надані О. Цвілій.

Найвагомішим аргументом на користь такої роботи є потреби ромів у отриманні належних медичних та соціально-медичних 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.

Програма ромських медичних посередників реалізується в Україні уже більше чотирьох років. За цей час вдалося досягти деяких позитивних зрушень і окреслились проблеми, які ще треба вирішувати, відбуваються зміни політичної ситуації, пов'язаної з ромською проблематикою.

Програма ромських посередників працює в 20 країнах Європи, серед яких: Франція, Румунія, Сербія, Угорщина, Македонія, Молдова, Італія, Болгарія, Греція, Німеччина, Фінляндія, Туреччина, Великобританія, Албанія, Бельгія, Молдова, Іспанія, Португалія, Чехія та Україна.

У різних країнах практика довела необхідність та корисність ромських посередників у різних галузях, а отже, існують посередники з культури, освіти, медицини, соціально-медичні, громадські (community) посередники, посередники з працевлаштування, а також багатопрофільні посередники.

Міжнародна спільнота та міжнародні організації (ООН, Рада Європи та Європейський Союз) ставляться до запровадження посередництва, як до ефективного й органічного методу інтеграції — «соціального включення» уразливих категорій громадян у суспільне і навіть громадсько-політичне життя. Тому останніми роками вони напрацювали ряд міжнародних документів, які тією чи іншою мірою є обов'язковими для виконання державами-членами цих організацій, у тому числі Україною.

На жаль, Україна не є достатньо активною учасницею міжнародних зусиль щодо включення ромів у суспільство та покращення якості їхнього життя. Вона досі не є учасницею «Декади ромського включення». «Декада Ром-

ського Включення» — це міжнародна платформа, до якої входять 12 країн: Албанія, Боснія та Герцеговина, Болгарія, Іспанія, Македонія, Румунія, Сербія, Словаччина, Угорщина, Хорватія, Чехія, Чорногорія. Словенія та США мають статус спостерігачів. Партнерами ініціативи є Програма розвитку ООН, ЮНІСЕФ, Світовий Банк, Фондації Відкритого Суспільства, Європейська Комісія та ін.

Платформу було створено задля подолання дискримінації ромів, які проживають на території країн — учасниць Декади та максимального включення ромів в усі соціальні процеси цих країн. У межах ініціативи відбувається міжнародний обмін найкращими практиками реалізації державної політики щодо ромів, координація зусиль задля покращення доступу ромів до освіти, медицини, працевлаштування й житла.

19–20 червня 2013 року українська делегація брала участь у 24-му засіданні Міжнародного координаційного комітету «Декади Ромського Включення». Наразі, вступ України до Декади активно адвокатується громадськими організаціями, ці дії підтримує ряд представників влади.

5.1. Доступ до медицини

На відміну від більшості національних меншин, роми не мають власної держави. Вони тривалий час проживають у різних країнах, що визначило їх міжнародно-правовий статус як транснаціональної меншини.

В Україні, за даними офіційної статистики, налічується 47 587 ромів (дані перепису 2001 року). Проте, за оціночними даними, їх чисельність знаходиться в межах від 120 до 400 тисяч.

Несприятливі умови життя ромського народу, зокрема, політика прямої чи завуальованої етнічної та соціально-економічної дискримінації, призвели до послаблення його інтеграції та маргіналізації певної його части-

ни. Крім того, роми — друга за чисельністю етнічна меншина, яка зазнала геноциду під час Другої світової війни.

На сьогодні роми, порівняно з іншими національними меншинами, залишаються найбільш соціально вразливими та соціально дезадаптованими в Європі, а більшість їх проблем є актуальними, як і раніше.

Стан здоров'я ромів

В Україні не ведеться статистики захворювань у розрізі етнічної приналежності хворих. Можливі поодинокі випадки, але ця інформація не дається на широкий загал. Ми можемо скласти якесь уявлення про хвороби, поширені серед ромського населення лише з відповідей соціально-медичних посередників на питання запропонованої нами анкети. Отже, найчастіше згадуються вірусні, застудні захворювання та хвороби органів дихання (згадали 22 соціально-медичних посередники з 29), на другому місці — туберкульоз (19 соціально-медичних посередників), що може бути пов'язано зі специфікою і спрямуванням проекту, в якому працюють соціально-медичні посередники, на третьому — серцево-судинні захворювання (12 соціально-медичних посередників). Крім того, соціально-медичними посередниками згадувались шкірні, гінекологічні та онкологічні захворювання. За даними, які надали у своїх звітах соціально-медичні посередники, в основному ромське населення хворіє на такі хвороби: інфекційні, онкологічні, ендокринологічні, серцево-судинні, вірусні, шлункові захворювання.

За словами соціально-медичного посередника з Одеси, «врачі обращают внимание на то, что женщины очень помногу рожают (ей 23–25 лет, а у неї уже 5–6 дітей), организм не успеваєт восстановиться, но никто этого не слушает. Потом инфекционные заболевания, аллергия, отравления летом у детей, сезонные заболевания гриппом — скученность в проживании способствует заражению».

Соціально-медичні посередники виявили **524** інваліди, з них лише **82** офіційно зареєстровані та отримують грошову допомогу з інвалідності.

Доступ до медицини та ставлення до здоров'я

Доступ до медицини, точніше, його ускладненість, спричинена передусім: відсутністю документів, що посвідчують особу, з відсутністю реєстрації, браком коштів на оплату медичних послуг і купівлю ліків. З цього приводу соціально-медичний посередник з Києва сказала: «Проблема в том, что финансирование никакое — лечение сегодня дорогое, а мы их средствами на лечение обеспечить не можем. Получается, мы только на словах можем почувствовать, взять за ручку больного, сказать: «Как я вас понимаю», — и всё. И в лучшем случае купить пачку анальгина за свои деньги». Соціально-медичний посередник з Кіровограда описує перешкоди в отриманні медичних послуг, пов'язані з відсутністю паспортів та свідоцтв про народження: «Насамперед, це проблеми з документами. У нас багато документів немає у жінок, навіть свідоцтв про народження. У пологові будинки їх беруть, але оформити новонароджену дитину не можуть. У районах, ще йдуть на зустріч — голова сілради записує дитину на чоловіка, а в Кіровограді (через те, що у них громадянський шлюб) дитину на чоловіка записувати не погоджуються. Ось у мене зараз три ромки народили. Начмед записує дані мого паспорта, як того, хто привіз породіллю».

Описану ситуацію підтверджують результати дослідження, виконаного Благодійним Фондом Ріната Ахметова «Розвиток України» у 2012 році «Визначення рівня знань, ставлення, практики та поведінки з питань туберкульозу серед загального населення України та окремих груп». У ході дослідження було проведено глибинні інтерв'ю з 30 ромами та 6 експертами (лікарі, вчителі, активісти з числа ромів: лідери і соціальні працівники

відповідних НУО). Експерти також зазначили, що роми досить часто не знають, що відповідно до законодавства лікарі державних медичних закладів зобов'язані їх прийняти (причому безкоштовно) і що значна частина діагностичних та лікувальних процедур також є доступними навіть для малозабезпечених людей.

Дослідження вказує на те, що частина ромського населення уважно ставиться до власного здоров'я, вчасно проходить обстеження та виконує рекомендації лікарів, але таких небагато. У більшості своїй ця категорія пацієнтів є досить складною. Зокрема, роми практично не проходять профілактичні медогляди, звертаються за медичною допомогою лише в крайньому випадку, та й тоді можуть нехтувати рекомендаціями лікарів.

Ситуація ускладнюється також тим, що, за словами деяких експертів, ромські жінки можуть лікуватися лише у лікарів жіночої статі. Зокрема про це згадали двоє опитаних, які самі є за національністю ромками. Хоча, можливо, це визначається не стільки національністю, скільки релігією, адже серед ромів Одеської області, залученої до дослідження, досить багато мусульман.

Недовіра ромів до офіційної медицини та небажання звертатися до медичних закладів пояснюється як острахом стигми та дискримінації з боку медпрацівників, так і певним скепсисом щодо можливостей офіційної медицини. Для деяких ромів, які не володіють ані українською, ані російською мовами, проблемою є мовний бар'єр. Про такі випадки згадували експерти, опитані в Закарпатській області.

У такій ситуації альтернативою офіційній медицині стають народні засоби та нетрадиційні лікувальні практики. Зокрема, традиції цілительства: жінки старшого покоління активно практикують лікування багатьох хвороб травами та іншими природними речовинами. За свідченнями експертів, ромське населення, особливо ті, хто живе за межами великих міст, віддають перевагу саме таким цілителям.

(Дослідження в рамках Програми «Зупинимо туберкульоз в Україні»).

Описуючи стан здоров'я ромського населення, неможливо не звернути увагу на їх соціальний стан, адже дуже часто проблеми зі здоров'ям пов'язані з поганим харчуванням, неякісною водою, неприйнятними умовами проживання. Соціально-медичний посередник, що працює по Києву й області, щодо татбору, який приїхав із Закарпаття й оселився в Києві, каже так: «Там, где они живут, им негде даже покушать. Они сюда приезжают, чтобы на какой-то свалке найти кусок металла, сдать его и купить батон хлеба».

З 2010 року Фонд «Чіріклі» розпочав програму ромських соціально-медичних посередників в ромських громадах. Посередники визначили що, майже 40% ромів із 49 225 не мають документів, що посвідчують особу. Це є основною перешкодою до отримання соціально-медичних послуг та дотримання основних прав людини. Багато поселень є незаконними, і це робить майже неможливим реєстрацію будинків, які були побудовані на цій території.

Житлові та побутові умови

За результатами інспектування, проведеного соціально-медичними посередниками, житлові умови ромського населення залишаються незадовільними. Майже усі сім'ї потребують кращого житла або ремонту своїх осель. Більша частина ромських сімей живуть в аварійних будинках по дві-три сім'ї в одній кімнаті, близько **9000 осіб** не мають реєстрації, з них, за даними посередників, **193** сім'ї не мають будинків, проживають у наметах; **1967** сімей потребують коштів на ремонт своїх осель, близько **1283** сімей живуть в жахливих умовах (в одному будинку від 5 до 10 сімей). До того ж, у місцях скупченого проживання ромів часто немає централізованого водопостачання та каналізації. Майже кожна ромська сім'я потребує матеріальної допомоги, в основному на отри-

мання лікування, придбання продуктів харчування, одягу та взуття для дітей.

Дискримінація

Інтерв'ю, проведені в ході підготовки даного звіту, також свідчать про дискримінацію щодо представників ромського населення з боку медичних працівників. Соціально-медичний посередник з Кіровограда зазначає: «навіть незважаючи на знайомство з головним лікарем, не зовсім вони хочуть працювати з ромськими жінками. Це трапляється майже в 50%. Тоді мені доводилось виходити на начальника управління охорони здоров'я. Оскільки я з нею знайома, то я приходила, описувала ситуацію, вона підіймала трубку, телефонувала безпосередньо в лікарню, казала, що це загальнодержавна програма, наполягала на тому, що це треба робити, не зважаючи на різні можливі нюанси. Так що це робилось на рівні начальника міського УОЗ у ручному режимі».

Відповідаючи на запитання анкети, 19 соціально-медичних посередників зазначили, що періодично трапляються випадки дискримінації по відношенню до ромського населення, семеро сказали, що це буває рідко і двоє дали протилежні відповіді: що це трапляється часто і що не трапляється взагалі. Лише в одному випадку, коли вказувалось на рідкі випадки дискримінації, йшлося про ромів, які проживають у таборі, в усіх інших випадках це було дисперсне проживання. Загалом, необхідно підкреслити, що в умовах дисперсного проживання ромське населення є більш соціалізованим, легше звертається по допомогу до фахівців і стикається з меншою кількістю перешкод в отриманні цієї допомоги, в тому числі щодо у вигляді негативного ставлення до них фахівців.

У ході дослідження в рамках Програми «Зупинимо туберкульоз в Україні» ромам задалось питання, чи звернуться вони за медичною допомогою, якщо кашлятимуть понад 2–3 тижні (основний симптом туберкульозу),

більшість опитаних (23 особи) обрали ствердну відповідь. Проте зазначили про готовність своєчасно звернутися за медичною допомогою лише 9 опитаних. Значно більше респондентів (14 осіб) уточнили необхідні передумови візиту до лікаря: безкоштовність медичних послуг і/або дуже погане самопочуття/неефективність самолікування.

Кожен третій опитаний говорив про те, що вчасному зверненню ромів за медичною допомогою сприятиме забезпечення повністю безкоштовного або принаймні доступного лікування, надання допомоги у вигляді продуктивних пайків малозабезпеченим ромам (10 осіб) та загальне підвищення рівня життя представників своєї громади (2 особи). Також третина респондентів (10 осіб) звернули увагу на особистісний фактор: кожна людина має сама піклуватися про власне здоров'я, якщо ж вона безвідповідально ставиться до себе, то не лікуватиметься, навіть якщо для цього їй створять ідеальні умови.

Діяльність ромських медичних посередників

Реалізація проекту з упровадження ромського соціально-медичного посередництва розпочалася в квітні 2010 року з 14 ромських посередників, які працювали в 5 пілотних областях України. У 2012 році кількість посередників було збільшено до 50, програма почала працювати в 12 регіонах України: Одеській, Львівській, Закарпатській, Донецькій, Київській, Запорізькій, Херсонській, Харківській, Дніпропетровській, Луганській, Кіровоградській областях та АР Крим.

Для забезпечення допомоги посередникам — першопрохідцям і вирішення питань щодо нормативно — правових і організаційних основ їх роботи МФО «Чіріклі» за рекомендацій та підтримки Інституту відкритого суспільства та МФ «Відродження» налагодило роботу з представниками органів влади України, до компетенції яких належать питання надання

медичних та соціальних послуг дорослим і дітям, послуг з реєстрації, а також підготовка проектів необхідних нормативних актів.

Завдяки цій співпраці було розроблено критерії відбору кандидатів на посаду ромських посередників, проект положення про посередника, інструктивні матеріали для організації щоденної роботи, налагоджено контакти та співпрацю з відповідними підрозділами міністерств та органами місцевої влади.

Загалом, Проект «Ромські соціально-медичні посередники» спрямований на покращення здоров'я ромів через зміцнення самовизначення ромської громади та поліпшення доступності медичних і соціальних послуг.

Основна мета Проекту — запропонувати ромським громадам послугу з посередництва, яка б вирішувала одночасно низку проблем в їх спілкуванні з державними установами та отриманні ними кваліфікованої і вчасної допомоги; підвищити рівень обізнаності серед ромів в Україні про систему охорони здоров'я, можливості лікування, у тому числі від туберкульозу; створити систему перенаправлення між неурядовими організаціями та медичними і соціальними закладами.

Проект передбачає організацію роботи ромських соціально-медичних посередників у дванадцяти пілотних регіонах України, а саме: Одеській, Закарпатській, Запорізькій, Харківській, Херсонській, Луганській, Донецькій, Дніпропетровській, Кіровоградській, Київській, Львівській областях та АР Крим, яка полягає у впровадженні найкращого досвіду європейських країн із фахової підготовки ромських соціально-медичних посередників та налагодженні системи їх роботи в Україні.

Обов'язки медичного посередника

- виявляти ромське населення, яке потребує медичної, а також соціальної допомоги, пов'язаної із забезпеченням їх доступу до медичних послуг (*«Я оце хочу, щоб як з'явиться лікар — дільничний чи сімейний, щоб ми з ним усіх — кожну хату — обійшли і щоб він усіх подивився, познайомився. Заведемо таку типу картотеку»*, — соціально-медичний посередник, Переяслав-Хмельницький).
- налагоджувати співробітництво та співпрацювати із закладами охорони здоров'я та (повідомляти їх про ромське населення, яке потребує медичної допомоги (у тому числі, у зв'язку із захворюванням на туберкульоз, шкірні, венерологічні та інші хвороби) (*«Свою роботу я розпочала з того, що я познайомилась з головними лікарями поліклінік. Описала їм цю проблему, вони погодились зі мною, що треба в цьому напрямку працювати ... Ми маємо зв'язок з облтубдиспансером, у них є пересувний флюорограф, вони їздять по районах, і, якщо там є ромське поселення, ми туди виїжджаємо. Зараз уже було 3 р-ни, і до кінця року планується — скільки буде. Є графік і маршрути роботи пересувного флюорографа, ми під нього підлаштовуємось. Він виїжджає не лише в р-ни області, а й у віддалені р-ни Кіровограда, в приватний сектор»* — соціально-медичний посередник, Кіровоград).
- звертатися із проханням про надання хворим необхідної допомоги в домашніх умовах та у стаціонарі, (у тому числі про направлення у протитуберкульозний або інший спеціалізований медичний заклад) (*«Переконали в необхідності проходження обстеження, zorganizувати їх, вони й не проти пройти, наприклад, флюорографію, але бояться, що в лікарні до них не так поставляться. Тому домовляємось так: зустрічаємось біля лікарні і далі я їх веду скрізь, куди треба. Супроводжувати треба не менше, ніж 50% клієнтів»*, — соціально-медичний посередник, Кіровоград).
- передавати лікарю/фельдшеру/медсестрі спостереження стосовно загального стану хворих, які проходять лікування вдома (біль, температура, кашель).

- сприяти проведенню флюорографічного обстеження, вакцинації та профілактичного огляду ромського населення («Прежде всего я прихожу и рассказываю, что им нужно сделать: пройти обследование (не только ТБ), стать на медучёт, поставить детей на медучёт. Раньше ещё была программа противодействия онкозаболеваниям — для женщин, они проходили маммолога, если надо, то некоторым даже приношу тетрадку, чтобы они пошли поставили ребёнка на учёт. Говорю о необходимости прививок, хотя некоторые ромы отказываются. Когда проводятся запланированные мероприятия, например, выезд передвижного флюорографа или плановая вакцинация, я привожу этих людей туда, они все проходят», — соціально-медичний посередник, Одеса).
- сприяти моніторингу стану здоров'я ромських жінок щодо раннього виявлення гінекологічних захворювань, із метою запобігання ускладненню вагітності, пологів та післяпологового стану («Потім я об'їхала всі пологові будинки і жіночі консультації, бо в пологових будинках мені сказали: «Необстежених я в тебе брати не буду. Ось першу я в тебе беру, бо вона ось-ось народить, то ми її обстежимо тут, а решту приводь тільки з карткою жіночої консультації». Тому мені довелось об'їхати усі жіночі консультації, і вони дуже жорстко ставились до того, щоб це була жінка саме з їхнього району, навіть якщо це жінка без реєстрації, вони записували адресу її фактичного проживання а з сусідніх районів не брали, тому мені довелось об'їхати їх усі», — соціально-медичний посередник, Кіровоград).
- співпрацювати із закладами охорони здоров'я та органами місцевої влади з метою сприяння вирішенню питань санітарно-гігієнічного стану ромських поселень («С фельдшером и районным педиатром мы говорили о том, что им всем в квартале необходимо пройти антигельминтную профилактику, потому что их несколько человек постоянно отправляют из школы. Их пролечивают, дают антигельминтные средства, но из-за того, что они живут в квартале, а там есть кошки и собаки, они опять заражаются через 2–3 месяца. Потом мы обсуждали эту тему и пришли к выводу, что нужно их всех там разом пролечить, чтобы решить как-то эту ситуацию. Наверное, осенью перед школой будем это делать», — медіатор, Одеса).
- налагоджувати співробітництво та співпрацювати з органами місцевої державної влади у питаннях оформлення соціальної допомоги та пенсій хронічно хворим, інвалідам, сім'ям з дітьми, багатодітним матерям, а також у питаннях працевлаштування та, за необхідності, отримання кваліфікації, перекваліфікації або допомоги по безробіттю («Также в трудоустройстве. Если у них есть желание, я вожу их, ставлю на учёт в центр занятости с последующей возможностью проходить курсы, если надо — даю рекомендации», — соціально-медичний посередник, Одеса).
- інформувати ромське населення про види послуг, що надаються медичними закладами та установами соціального обслуговування та порядок їх отримання, у т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-довідкових матеріалів і методичної літератури («Рассказываю им, где какая поликлиника, где какие врачи. Когда у них случается какое-то заболевание, я тоже помогаю» — соціально-медичний посередник, Одеса).
- самостійно або/та разом з медичними працівниками, компетентними громадськими організаціями та засобами масової інформації проводити роз'яснювальну, інформаційно-просвітницьку роботу серед ромського населення стосовно корисності медичних, соціальних та освітніх послуг, пропагувати здоровий спосіб життя, сімейні цінності та відповідальне батьківство («Задача в том, чтобы ра-

скрепостить людей, а то они слишком замкнутые и сложно идут на контакт с медицинскими работниками, с разными учреждениями. Открыться им тяжело. Особенно тяжело расшевелить незнакомую аудиторию. Поэтому медиатор должен быть местный, из их среды, это очень важно», — соціально-медичний посередник, Переяслав-Хмельницький).

- шляхом співробітництва з органами місцевої влади сприяти реєстрації ромських осіб без документів, які потребують медичної допомоги або соціальних послуг за станом здоров'я («Медиатор помогает делать документы (паспорта, свидетельства о рождении, прописка), материально помогает: дрова, одежду, еду малоимущим» — клієнт, Одеса; «Он помогает всем, моей племяннице сделал паспорт, И нам помогал, свет нам помог в доме сделать — у нас был штраф, нас отрезали, он всё сделал — свет снова есть. Он ходит по домам спрашивает, кому что надо. Запросы — большинство с паспортами, какие-то бумаги надо», — клієнтка, Одеса).
- шляхом співробітництва з органами місцевої влади сприяти реєстрації ромських дітей та їхньому доступу до медичних та освітніх послуг («Он двум детям свидетельство сделал о рождении. Он организовал школу воскресную, туда дети ходят учатся», — клієнтка, Одеса; «Когда я помогаю делать документы, например, свидетельство о рождении с пропуском срока, когда ребёнку уже 3 года, мне необходима помощь медицинских работников, например, справка от фельдшера, она заверяется в районной амбулатории. В конце концов, в присутствии матери и ребёнка она подписывается районным педиатром, и я несу эти документы в ЗАГС. Плюс ещё справки из архивов, что у него никогда не было свидетельства о рождении, и тогда ему выдают это свидетельство. Поэтому мне важно, чтобы фельдшер и акушер их знали, чтобы они

стояли на учёте», — соціально-медичний посередник, Одеса).

- залучати ромське населення до щоденної діяльності із вирішення його санітарно-гігієнічних, медичних і пов'язаних із ними соціальних проблем.

Окрім того, медичний посередник має поважати культуру та традиції ромського населення, визнавати та сприймати його потреби у вирішенні медичних і пов'язаних з ними соціальних проблем; пам'ятати, що поведінка медичного посередника має бути коректною, і переконувати, що він/вона гідний довіри та уваги з боку ромського населення та органів місцевої державної влади; сприяти розвитку серед ромської спільноти усвідомлення прав та обов'язків громадянина України; дотримуватися етики ділового спілкування та ведення переговорів між представниками ромської громади та органами місцевої влади; сприяти формуванню та закріпленню у представників органів місцевої державної влади уважного ставлення до соціально-медичних та культурно-освітніх потреб ромського населення.

Міжнародна благодійна організація «Ромський жіночий фонд «Чіріклі» на постійній основі надає технічну підтримку ромським медичним посередникам та проводить моніторинг їх діяльності. Окрім проведення тренінгів та регулярних зустрічей, фахівці «Чіріклі» регулярно (не менше одного разу на місяць) спілкуються з соціально-медичними посередниками телефоном та через електронну пошту. («Координация со стороны «Чирикли»: прозванивают, спрашивают, какие у меня планы. Я им пишу план работы на квартал, на месяц, сдаю отчёты, иногда их представители приезжают, непосредственно общаются с народом. Несколько раз в год проводят общие встречи, семинары обучающие. Мне звонят практически каждую неделю, много сообщений приходит на электронную почту», — соціально-медичний посередник, Одеса). Від «Чіріклі» соціально-медичні посередники отримують посилення на новинки нормативної бази, що можуть бути корисні в їх роботі, результати роботи інших проектів, що вирішують подібні

завдання, інформаційні роздаткові матеріали для клієнтів.

Якщо підсумувати, кожен місяць медичні посередники надсилають МБО «Чіріклі» оригінали звітів, а саме:

- план роботи посередника (погоджений з лікарем), подається один раз на квартал;
- медичний звіт (список осіб ромської національності, які були направлені на обстеження даним соціально-медичним посередником до лікаря, та результат обстеження), подається раз на місяць;
- медичний звіт лікаря (медичний звіт лікаря підтверджує кількість осіб, які були обстежені), завірений печаткою та підписом лікаря, подається один раз на місяць;
- загальний звіт соціально-медичного посередника (де вказується кількість відвіданих осіб, кількість проблем охорони здоров'я, кількість житлових проблем, кількість осіб, які потребують документів, кількість проведення фокус-груп, кількість направлених осіб до паспортних столів, соціальних служб і т. д., кількість проведених зустрічей з представниками органів влади, та проблеми, що виникають у роботі соціально-медичного посередника), подається один раз на місяць;
- анкетування ромських посередників проводиться у разі необхідності (два рази на рік);
- спілкування в телефонному режимі;
- виїзний моніторинг у пілотні регіони (відвідування ромських таборів та проведення опитування ромського населення, де працюють соціально-медичні посередники), що здійснюється керівником проекту та представниками робочої групи.

Щомісячні звіти соціально-медичних посередників зводяться в один документ, який зберігається в електронному та роздрукованому вигляді.

Два рази на рік ця інформація подається представнику Ради Європи, яка проводить аналіз успішності роботи посередників.

Основним результатом очікуваним від роботи посередників є поліпшення стану ромів, покращення доступу до соціальних послуг та зменшення розриву між ромським та не ромським населенням в доступі до цих послуг. Ще одним очікуваним результатом є підвищення здатності та можливості ромської громади забезпечити діалог між ромами та соціально-медичними установами, а також розуміння специфіки роботи з ромським населенням соціальними та медичними працівниками.

Як результат, реалізація програми ромських соціально-медичних посередників у системі охорони здоров'я та соціального забезпечення має сприяти:

- підвищенню рівня обізнаності ромів в Україні про систему охорони здоров'я;
- підвищенню рівня поінформованості ромів про можливості і доступ до медичної, соціальної допомоги;
- покращенню доступу до медичної і соціальної допомоги та послуг;
- підвищенню чутливості закладів охорони здоров'я та соціальних служб з урахуванням конкретних потреб ромів;
- поліпшенню доступу до соціальних послуг;
- поглибленню знань про основні права та обов'язки громадян;
- налагодженню діалогу між ромами та медичними і соціальними інститутами;
- підвищенню рівня поінформованості і стимулюванню дієвого підходу до реалізації прав та обов'язків ромів у рамках існуючих механізмів соціального захисту;
- мобілізації членів ромської громади програм громадської охорони здоров'я (кампанії з вакцинації, інформаційно-просвітницькі кампанії в галузі зміцнення

здоров'я, ліквідації хронічних захворювань і т. д.).

Досягнення програми ромських медичних посередників

Результати роботи ромських медичних посередників визначено на основі їх звітів за проектами:

- «Покращення доступу ромського населення до медичних послуг у сфері протидії захворюванню на туберкульоз силами ромських медичних посередників» за підтримки Фонду «Розвиток України» та МФ «Відродження».
- «Покращення доступу ромського населення до медичних послуг у сфері протидії захворюванню на туберкульоз силами ромських медичних посередників» за підтримки ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій» в рамках 9-го Раунду Гранту Глобального Фонду.

За період роботи програми ромських медичних посередників від 2011 року до червня 2013 року соціально-медичні посередники відвідали **56 900** осіб у **12** пілотних регіонах.

6705 ромських осіб направлено на прийом до лікарів; організовано і проведено флюорографічне обстеження **3978** особам, з яких **430** направлено на лікування; вакциновано **3205** ромських дітей та проведено **1670** фокус-групи на теми: «Вакцинація обов'язкова», «Як запобігти захворюванню на туберкульоз», «Важливість проходження поглибленого медичного огляду», «Особиста та побутова гігієна».

В Ужгороді з допомогою соціально-медичних посередників та фонду «Благо» було проведено воду та каналізацію в табори, а також встановили санвузли (туалети та душові кабінки). Фонд «Дім милосердя» допоміг ромським сім'ям продуктами, будматеріалами та дровами для опалення приміщень.

Протягом зазначеного періоду з допомогою соціальних посередників було зареєстровано

близько **7200** осіб; **1900** особам оформлено паспорт, **2878** особам зроблено свідоцтво про народження; **180** особам оформлено документи для отримання пенсії, та **120** — для отримання пенсій з інвалідності; **270** сім'ям оформлено домові книги.

Соціально-медичні посередники провели **370** бесід з ромськими сім'ями на тему «Важливість систематичного відвідування школи» **424** дітей було повернено до школи завдяки роботі посередників.

За період роботи програми з січня 2014 до грудня 2014 року соціально-медичними посередниками проведено **1641** фокус-група, охоплено **15 102** особи, направлено на обстеження **3025** осіб в **12**-ти пілотних регіонах.

5.2. Досягнення соціально-медичних посередників фонду «Чіріклі»

Керівник проекту «Покращення доступу ромського населення до медичних послуг у сфері протидії захворюванню на ТБ силами ромських медичних посередників» З. А. Кондур за підтримки Глобального Фонду боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією 07–08 липня 2014 року була запрошена на зустріч у Міністерство соціальної політики України, на якій вона представила результат роботи ромських соціально-медичних посередників та звернулася з проханням посприяти, для більш ефективної роботи, налагодженню співпраці ромських соціально-медичних посередників та соціальних працівників місцевих, районних, обласних ЦСССДМ. 14 серпня 2014 року З. А. Кондур зустрічалася з представниками Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні. На зустрічі було обговорено проблеми ромів-переселенців у Київській, Харківській, Дніпропетровській, Одеській областях та необхідність у залученні соціально-медичних посередників до організації та проведення флюорографічного обстеження для даних осіб. 29 серпня 2014 року З. А. Кондур відвіда-

ла з моніторинговим візитом Херсонську область, де зустрілася з соціально-медичними посередниками Є. З. Нурієвим, Е. З. Пігарєвим. та з лікарем-фтизіатром Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру — Г. В. Коваль. Було обговорено низку проблем, з якими зустрілися посередники і лікар, одна з головних — це відмова ромських осіб, які хворіють на ТБ і яких направили посередники, подавати свої дані для медіаторів, у зв'язку з чим медіатори не в змозі показати той індикатор, який вони виконують. 20–21 вересня 2014 року у рамках проекту «Покращення доступу ромського населення до медичних послуг у сфері протидії захворюванню на ТБ силами ромських медичних посередників» було проведено тренінг в «Заміському готельно-ресторанному комплексі «Джинтама-Бриз»», у якому взяла участь 41 особа.

08 липня 2014 року в м. Львові було проведено фокус групу на тему «Регулярне обстеження запобігає захворюванню на ТБ», були присутні 12 сімей, із яких 9 сімей переселенців. 11 липня 2014 року медіатори, які працюють у м. Ужгороді, мали зустріч з дитячим дільничним лікарем М. Ю. Ярчич та обговорили питання, що стосується вакцинації ромських дітей. 17 липня 2014 року у таборі м. Ужгорода була проведена фокус-група на тему: «Як перемогти туберкульоз». Лекцію читала дільничний лікар І. М. Данканич. Вона розповіла, що вчасно виявлена хвороба, піддається лікуванню набагато краще, ніж запущена форма туберкульозу. Було присутніх 169 осіб. 25 серпня 2014 року медіатори, які працюють в Закарпатській області, зустрілися з головним дитячим лікарем Н. В. Кисельовою. Було обговорено план співпраці дільничних лікарів та ромських посередників. 20 серпня 2014 року було проведено виїзну зустріч у поселенні ромів м. Херсон. Лікар-фтизіатр Г. В. Коваль спільно з ромськими посередниками провели бесіду з людьми похилого віку, надали інформацію про безкоштовне обстеження, та домовились про виїзне обстеження на жовтень 2014 року. 19 вересня 2014 року в таборі Шахти м. Ужгород була проведена фокус-група на тему: «До яких наслідків приводять інфекційні хвороби». Лекцію провів

лікар-інфекціоніст В. О. Петров. 26–28 вересня 2014 року медіатори, які працюють у Донецькій області, провели фокус групу для переселенців, які тимчасово проживають у м. Дніпропетровську. Надали інформацію про те, куди можна звертатись за медичною та соціальною допомогою.

5.3. Досягнення окремих соціально-медичних посередників

1. У Переяслав-Хмельницькому соціально-медичний посередник на підставі дозволу міського управління освіти разом із лікарем-фтизіатром провів фокус групу в школі щодо небезпечності туберкульозу та засобів його профілактики. Вкрай важливою була також її допомога дорослому населенню: «...сын. В прошлом году — сказали пятно на правом лёгком — если не лечит — будет туберкулёз. Тут 3 недели в Переяславе пролежал. Я не хочу сказать что-то на врачей. Они его лечили, как могли, капельницы ставили..., но у них же тут и оборудования такого нет. Температура идёт и всё. Я к ней опять обратилась. Она куда-то позвонила, договорилась, а то я не знал, куда звонить, куда бежать. Лечение заняло месяц. Он тут сначала почти месяц, потом в Киеве. Оказался очаг, но на ранней стадии, всё вылечили.» (Клієнтка, Переяслав-Хмельницький).
2. В Одесі молода ромська жінка потрапила до лікарні з підозрою на ТБ, але лікарі не приділяли жінці достатньої уваги та не надавали лікування. Після втручання соціально-медичного посередника жінку було переведено в обласну лікарню та надано лікування.
3. У с. Красносілки Комінтернівського р-ну Одеської області проживає ромська сім'я. До медичного соціально-медичного посередника за допомогою звернулися соціальні працівники, оскільки в цій сім'ї було виявлено двох хворих на туберкульоз, але після обстеження вони відмовилися лікуватися. Соціально-медичним посередником

була проведена робота з даною родиною, на жаль, двох людей, які захворіли раніше, не змогли врятувати, але в сім'ї були брат та сестра, які категорично відмовлялися від обстеження, разом з ними проживає четверо дітей. У цій сім'ї були проблеми з оформленням будинку, які вони самостійно ніяк не могли вирішити. Тому соціально-медичний посередник взявся допомогти вирішити ці питання з умовою, що вони пройдуть обстеження. У жінки було виявлено відкриту форму туберкульозу, вона була направлена на лікування, весь час соціально-медичний посередник слідкував за її лікуванням. Діти були обстежені та пройшли курс профілактичного лікування. Так було врятовано від захворювання на туберкульоз п'ятеро осіб, і вирішено проблеми з житлом.

4. У Закарпатській області жінка, 18 років, яка має 3-річну дитину і є вагітною, хворіє на відкриту форму туберкульозу. У травні вона лежала в тубдиспансері, перервала лікування та втекла додому, примусити лікуватися дану особу лікарі були не в змозі, оскільки вона категорично заперечувала, що хвора. Соціально-медичний посередник допомагав лікарям, забезпечуючи контрольоване лікування даної пацієнтки вдома: видавав їй ліки й умовляв прийняти. Проте, через вагітність, стан здоров'я її погіршився, вона звернулася до лікарів-гінекологів. Лікарі, не знаючи що вона хворіє на відкриту форму туберкульозу, госпіталізували її до відділення гінекології в загальну палату. Соціально-медичний посередник, який приніс їй ліки, і відповідно, не застав її вдома, від чоловіка хворої отримав інформацію, що вона лежить у гінекології. Соціально-медичний посередник повідомив про це лікарів тубдиспансеру, які у свою чергу повідомили лікарів тієї лікарні, в якій вона проходить лікування. Після чого дана особа була переведена в Ужгородський обласний тубдиспансер, де їй надали необхідну допомогу. Оскільки дана лікарня розташована далеко від місця проживання хворої, є надія, що вона не втече і завершить лікування.

5.4. Рекомендації

Рекомендації щодо формування та реалізації державної політики в Україні у сфері захисту прав ромського населення

1. Першочерговим завданням для України є реалізація Стратегії захисту та інтеграції в українське суспільство ромської національної меншини на період до 2020 року, за утвердженої Указом Президента України у квітні 2013 року, та Плану заходів щодо реалізації зазначеної стратегії, прийнятого у вересні 2013 року. Разом із тим добре підготовлені та цілеспрямовані спільні дії з боку державної влади та громадянського суспільства мають забезпечити конкретизацію окремих пунктів Плану та чітко визначити обов'язки виконавців заходів на центральному та місцевому рівнях.
2. Для України нагальною є потреба вступу до «Декади ромського включення», що розпочата та реалізується ЄС. Це дасть можливість у ході виконання Стратегії та Плану заходів спиратись на досвід і підтримку інших європейських країн-учасниць Декади, а також забезпечить доступ до ресурсів Декади, які її країни-учасниці можуть використовувати для заходів, спрямованих на інтеграцію ромів у загальне суспільство.
3. Громадським організаціям, які займаються адаптацією ромського населення у суспільство, необхідно провести аналіз діючих загальнодержавних програм у соціальній, освітній та медичній сферах на предмет доступності їх ресурсів для ромського населення, розробити пропозиції щодо усунення виявлених бар'єрів.
4. Достовірні дані про кількість ромського населення та масштаби тієї чи іншої проблеми серед ромів можна отримувати, лише застосовуючи комплексний підхід, який, зокрема, передбачає залучення спеціально підготовлених інтерв'юєрів у ході проведення перепису населення та проведення окре-

- мих досліджень, у тому числі включених до регулярного державного дослідження рівня життя домогосподарств. Специфічні проблеми ромської громади та їх кількісні оцінки можна виявити як з допомогою ромських соціально-медичних посередників, так і використовуючи масштабні соціологічні дослідження. Це дозволить отримати розгорнуту картину з таких аспектів, як виявлення ключових соціальних, освітніх, медичних, правових та інших потреб, оцінку демографічного стану ромської національної меншини.
5. Проблема відсутності документів, що призводить до обмеженого доступу до соціальних гарантій та виплат (це стосується документів, що посвідчують особу, дають право на той чи інший вид соціального захисту, засвідчують право на власність), потребує розробки алгоритму дій у рамках законодавства. Даний алгоритм передбачає визначення переліку типових проблем з документами, що є у представників ромського населення, та розробку порядку дій у кожному з випадків, відповідно до наявного в Україні нормативно-правового поля. При цьому необхідним є визначення бар'єрів у нормативній базі, якщо такі існують, та надання пропозицій щодо їх усунення. Додатково потрібна правова допомога ромському населенню безпосередньо на місцях, що дасть людям можливість скористатися затвердженим механізмом.
 6. У галузі освіти — приміщення шкіл під час канікул доцільно використовувати для організації «курсів вирівнювання» для навчання ромських дітей, які відстали від шкільної програми, та вечірнього навчання для дорослих. Необхідно здійснити розподіл відвідувачів таких курсів, урахувавши специфічні потреби населення.
 7. З метою формування позитивного іміджу ромської громади у суспільстві необхідно розпочати широку інформаційно-роз'яснювальну кампанію, перш за все, серед представників засобів масової інформації. Методом протидії дискримінації може стати залучення діючих в Україні гарячих ліній та телефонів довіри до роботи з представниками ромських громад із питань порушення їх прав за умови широкого інформування представників ромського населення про роботу цих гарячих ліній.
 8. На місцевому рівні дієвим засобом забезпечення доступу ромського населення до медичних послуг може стати створення мобільних медичних бригад із залученням різних медичних фахівців та ромських соціально-медичних посередників, які б здійснювали виїзди в місця компактного проживання ромів. Ці бригади мають бути забезпечені діагностичним обладнанням і витратними матеріалами, а також набором медичних препаратів першої необхідності.

Розділ 6

ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я В ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ СИСТЕМІ

Рівень забезпечення медичною допомогою ув'язнених у 2014 році залишався вкрай низьким¹.

У Доповідях «Донецького Меморіалу» неодноразово наголошувалось на суттєвих проблемах у сфері надання медичних послуг засудженим та особам, узятим під варту. Ці проблеми висвітлювалися, зокрема, у п. 54 Доповіді — 2006, пп. 68–76 Доповіді — 2009, пп. 54–62 Доповіді — 2010, пп. 41–48 Доповіді — 2011, пп. 61–74 Доповіді — 2012, пп. 40–52 Доповіді — 2013.

Слід підкреслити, що зусилля, яких докладає Державна пенітенціарна служба України (далі — ДПтСУ) для поліпшення ситуації з медичним обслуговуванням ув'язнених, не співмірні з масштабом проблеми. А ті позитивні зміни, які відбуваються у цій сфері, майже не впливають на загальну картину. Певним показником рівня проблем у галузі надання медичних послуг ув'язненим можна вважати дані про захворюваність, смертність та випадки суїцидів в установах ДПтСУ. Відповідні статистичні дані наведені у таблиці 1.

6.1. Захворюваність і смертність в установах ДПтСУ

Таблиця 1

Показники	01.01.2004	01.01.2007	01.01.2008	01.01.2009	01.01.2010	01.01.2011	01.01.2012	01.01.2013	01.01.2014	01.01.2015
Кількість осіб у місцях позбавлення волі	191 677	160 725	149 690	145 946	147 716	154 027	154 029	147 112	126 937	73 431 (89 000)
Померло	824	741	729	765	761	808	1 169	1 021	911	792
• на 1 тис. ув'язнених	4,30	4,61	4,87	5,24	5,15	5,25	7,59	6,94	7,18	10,79 (8,9)
Випадків суїциду	41	44	54	40	44	44	59	65	84	63
• на 1 тис. ув'язнених	0,21	0,27	0,36	0,27	0,30	0,29	0,383	0,442	0,662	0,86 (0,71)

¹ Підготовлено за матеріалами щорічних доповідей правозахисної організації «Донецький Меморіал» за 2013 та за 2014 роки О. Букаловим.

² У дужках наведено дані з урахуванням територій Донецької та Луганської областей, які не підконтрольні Україні.

	01.01.2004	01.01.2007	01.01.2008	01.01.2009	01.01.2010	01.01.2011	01.01.2012	01.01.2013	01.01.2014	01.01.2015
Хворих на туберкульоз в активній формі	9080	Біля 7,6 тис.	6195	6079	5667	5486	4822	Немає даних	4135	2160
• на 1 тис. ув'язнених	47,37	47,28	41,4	41,65	38,36	35,62	31,31	Немає даних	32,58	29,42
ВІЛ-інфікованих	1917	4695	5017	5073	6069	6020	6910	6957	7348	4135
• на 1 тис. ув'язнених	10,0	29,2	33,5	34,8	41,1	39,1	44,9	47,3	57,9	56,31

При аналізі даних, вміщених у таблиці, варто враховувати, по-перше, що значне зменшення числа в'язнів в установах виконання покарань сталося як за рахунок традиційних чинників — звільнення в'язнів, так і через вилучення з підрахунків в'язнів установ Криму та в'язнів ще 28 установ Донецької та Луганської областей, які перебувають на непідконтрольній українській владі території. Так, у зазначених 28 установах східних областей у листопаді 2014 року трималося близько 16 тис. в'язнів. І, по-друге, для більш коректного порівняння ситуації використовуються не тільки абсолютні показники, а й показники в розрахунку на 1 тис. в'язнів.

Після істотного підвищення рівня смертності у 2011–2012 рр. цей надзвичайно високий показник зберігся й у 2014 році: померло 792 особи, у тому числі 126 осіб у СІЗО. І хоча за абсолютним значенням показник смертності 2014 року є нижчим, ніж у 2012–2013 рр., проте в розрахунку на 1 тис. ув'язнених у 2014 році померлих більше, ніж попереднього року: 10,79 проти 7,18. І навіть якщо врахувати в'язнів на непідконтрольній території, показник рівня смертності буде вищим від минулорічного — 8,9, що є практично вдвічі більшим від рівня 2006–2007 рр.

Останні чотири роки відзначені сплеском числа випадків самогубств у в'язницях. Якщо протягом 2008–2010 рр. і раніше щороку траплялося 40–44 випадки самогубств, то в 2014 року зафіксовано 63 випадки, із них 14 — у СІЗО. Це означає збільшення числа таких випадків у розрахунку на 1 тис. ув'язнених майже вдвічі порівняно з 2011–2012 рр. та в 3,5 рази порівняно з 2003 роком.

Показник кількості в'язнів, хворих на туберкульоз, у 2014 році стабілізувався й утримується в останні чотири роки на рівні близько 30 осіб на 1 тис. ув'язнених. Звичайно, в абсолютних даних число хворих зменшується такими самими темпами, як і загальне число в'язнів.

У 2014 році зупинилось і зростання числа ВІЛ-інфікованих в'язнів, хоча зауважимо, що цей показник є вдвічі вищим за аналогічний показник 2006 року.

Ставлення медиків відомства до медичних проблем в'язнів, зокрема до підозр щодо отримання тілесних ушкоджень, висловив начальник департаменту охорони здоров'я та медико-санітарного забезпечення ДПтСУ Є. Поляков. За його твердженням, медики установ кримінально-виконавчої системи тільки фіксують та лікують, але не досліджують причин появи ушкоджень, це начебто не їх справа. При виявленні тілесних ушкоджень тюремні медики повідомляють в'язничне керівництво, яке і має вживати заходи реагування. Обсяг надаваних медичних послуг в СІЗО дуже обмежений, зауважив Є. Поляков, бо медчастина СІЗО ніколи не буде лікарнею, а надаватиме лише першу та амбулаторну допомогу.

За переконанням керівників ДПтСУ, в'язням потрапити до лікаря не важко: у разі такої потреби їм достатньо сказати про це на щоденному обході в'язнів лікарем. Проте дійсний стан речей часом суттєво відрізняється від переконань керівництва ДПтСУ. Реальну імпліmentaцію деяких норм у сфері надання медичних послуг для осіб, узятих під варту,

відображає дослідження, проведене «Донецьким Меморіалом».

Спільним Наказом МОЗ та ДПтСУ від 10.02.2012 № 239/5/104 (далі — Наказ) було затверджено Порядок взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту (надалі — Порядок). Цей Наказ, за твердженнями Є. Полякова, начебто врегульовує всі питання надання меддопомоги, зокрема, визначає порядок реалізації особами, узятими під варту та засудженими, права на обрання за власним бажанням лікарів-фахівців для консультацій та закладів охорони здоров'я у разі, коли медичні частини слідчих ізоляторів та установ виконання покарань не можуть надати медичну допомогу належного рівня або провести необхідне обстеження за свої кошти.

Для оцінки ефективності дії цього нормативного документа «Донецьким Меморіалом» було спрямовано запит до низки СІЗО щодо числа випадків виявлення тілесних ушкоджень у осіб, узятих під варту, числа звернень про допуск лікаря-фахівця з оплатою послуг за рахунок особи, яка тримається під вартою, та числа випадків лікування у закладах охорони здоров'я цих осіб. Результати відповідей наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Показники	Львівський СІЗО	Луганський СІЗО	Житомирський СІЗО	Кіровоградський СІЗО	Харківський СІЗО	Донецький СІЗО	Запорізький СІЗО	Маріупольський СІЗО	Київський СІЗО
Число випадків виявлення тілесних ушкоджень, які трапились у СІЗО за 11 місяців 2013 року та число зареєстрованих у журналі обліку виявлення тілесних ушкоджень у осіб, які прибули до слідчого ізолятора	35	6	38	12	248	165	43	Немає даних	521
Число звернень з проханням про допуск лікаря-фахівця з оплатою послуг за рахунок особи, яка тримається під вартою, або її родичів, протягом 11 місяців 2013 року	5	2	0	0	15	0	0	0	98
Число випадків лікування у закладах охорони здоров'я осіб, узятих під варту, з організацією охорони протягом 11 місяців 2013 року	7	26	38	15	29	47	87	20	42
Розрахункова місткість СІЗО	1389	1382	1959	901	2808	1970	953	693	2850
Число випадків тілесних ушкоджень на 1000 місць ізолятора	25	4	19	13	88	84	45	Немає даних	183
Число випадків лікування у закладах охорони здоров'я на 1000 місця ізолятора	5,04	18,8	19,4	16,7	10,3	23,9	91,3	28,8	14,7

Для зручності порівняння ситуації в різних СІЗО було вирішено абсолютні показники числа випадків виявлення тілесних ушкоджень та випадків лікування у закладах охорони здоров'я обчислювати в розрахунку на 1 тис. місць ізолятора. І хоча фактична наповнюваність ізоляторів коливається від 60 до 120% їх

місткості, тим не менше такий підхід дозволяє зробити певні якісні оцінки.

Наведені у таблиці 2 дані свідчать про те, що досліджені СІЗО можна умовно поділити на три групи. До першої віднесемо чотири з 9 досліджених СІЗО, у яких показник числа випадків тілесних ушкоджень є низьким і становить від

13 до 25, а в Луганському СІЗО взагалі 4. Майже на порядок більшим цей показник є у двох СІЗО, що входять до другої групи: 84–88. Проміжне значення має показник Запорізького СІЗО — 45. І, нарешті, до умовної третьої групи входить лише одне Київське СІЗО з найвищим показником числа випадків тілесних ушкоджень, що дорівнює 183, а це у 42 рази більше значення найнижчого показника.

Зауважимо, що навряд чи в Луганську особи, утримувані під вартою, отримують тілесні ушкодження в 42 рази рідше за тих, що перебувають у Київському СІЗО. Більш імовірно, що показник Луганського СІЗО занижений, аніж те, що показник Київського СІЗО завищений. Ми можемо лише робити пропущення щодо справжніх причин таких розбіжностей, бо жодних досліджень цього аспекту життя ув'язнених не проводилось. Єдине правдоподібне пояснення: у різних СІЗО склалися різні традиції реагування на досліджувані явища, а отже, там, де виявлені випадки тілесних ушкоджень не приховують та реєструють, — їх за офіційною статистикою більше. Можливо, впливає на значення показника й рівень надання правової допомоги особам, утримуваним під вартою: це значення вище там, де більше реєструється подібних випадків.

З цих самих причин, ймовірно, у п'яти СІЗО за 11 місяців від утримуваних осіб не надійшло жодного звернення з проханням про допуск лікаря-фахівця з самостійною оплатою послуг. Разом із тим у СІЗО Києва отримано 98 таких звернень, у Харкові — 15. Очевидно, що діапазон числа звернень від 0 до 98 виглядає неприродно.

Тільки у значеннях показника випадків лікування у закладах охорони здоров'я не спостерігається такої великої розбіжності: за винятком найменшого (у Львові) та найбільшого (у Запоріжжі) його значень, у решті ізоляторів цей показник відрізняється не більш як утричі.

Аналіз наведених даних може свідчити про те, що в окремих СІЗО норми Наказу не виконуються належним чином (принаймні виконуються набагато гірше, ніж у деяких ін-

ших). Отже, утримувані особи не можуть реалізувати своє право на охорону здоров'я, і, вірогідно, навіть не знають про можливості, які надаються Наказом. Керівництво цих територіальних управлінь ДПтСУ та адміністрації СІЗО не приділяють належної уваги виконанню вимог зазначеного Наказу. У результаті за наявної теоретичної можливості піклуватись про своє здоров'я тих осіб, що тримаються під вартою, у деяких регіонах реалізувати своє право на охорону здоров'я вони не можуть. Можна припустити, що основна причина такої ситуації — перешкоджання працівників пенітенціарної служби виконанню вимог зазначеного Наказу або просто байдуже ставлення до виконання своїх обов'язків. Одним із можливих важливих наслідків невиявлення справжнього числа тілесних ушкоджень у осіб, взятих під варту, стає безкарність тих (як правило, працівників міліції), хто причетний до нанесення таких ушкоджень.

Правозахисна організація «Донецький Меморіал» провела наприкінці 2013 року опитування персоналу установ виконання покарань, у яких утримуються хворі засуджені. Опитування було здійснено в рамках проекту «**Сприяння поліпшенню умов тримання та рівня захисту прав людини для особливих груп в'язнів**», який виконується за підтримки Посольства Королівства Нідерландів в Україні, та проводилось адміністраціями установ за анкетами, розробленими «Донецьким Меморіалом». Відбір опитуваних здійснювала адміністрація. Дослідження не є повноцінним соціологічним опитуванням, тому його результати можна вважати лише оціночними. Загалом в установах-лікарнях було опитано 96 осіб: 35 осіб у Жданівській ВК-3, 34 особи в лікарні при Донецькій ВК-124 та 27 осіб у Бучанській ВК-85, Київська обл. Нижче наведено стислий аналіз результатів опитування.

Отже, серед осіб, опитаних в установах-лікарнях, 28% — чоловіки, 70% — жінки. Двоє осіб не повідомили свою стать. Вищу освіту мають 32% осіб, середню спеціальну — 52%.

У відповідях про умови праці **персоналу лікарень** майже 28% опитаних зазначили, що приміщення, у яких вони працюють, не достатні за площею та не відповідають функціональним вимогам. Практично стільки ж осіб (29%) вважають, що приміщення, в яких тримаються хворі засуджені, також не достатні за площею та не відповідають функціональним вимогам. Причому відповіді щодо приміщень для хворих помітно відрізняються в різних установах: негативно оцінюють умови в Донецькій ВК-124-21 працівник з 34 опитаних, а в Бучанській ВК-85 таку відповідь дав тільки 1 працівник.

Більше половини (56%) опитаних вважають, що спецодягом персонал забезпечується «частково».

Серед проблем роботи персоналу названо перш за все необхідність «підвищення зарплати», «введення доплати за звання, за виконання додаткових обов'язків». Окремо у ВК-124 відзначили суттєві проблеми з тим, аби увійти до установи на роботу та вийти з неї, адже іноді треба чекати супроводу від 40 хв. до 1 год.

Свої знання міжнародних стандартів у сфері діяльності пенітенціарної системи персонал лікарень оцінює так: «добрі» — 36%, «посередні» — 23%, «погані» — 15%, «вкрай погані» — 6%, «відмінні» — тільки три особи. Взагалі не надали відповіді на це питання 14 осіб. Підвищення кваліфікації вважають за потрібне для себе 70% працівників, тоді як за непотрібне — 13%.

Рівень дотримання прав хворих засуджених як «відмінний» оцінили 33%, як «добрий» — 25%, як «посередній» — 14%, як «поганий» — 4%, як «дуже поганий» — 3%.

Що стосується підпорядкуванню медиків, то 18% опитаних упевнені в необхідності їх підпорядкування системі виконання покарань, 22% — Міністерству охорони здоров'я; спільне підпорядкування вважають оптимальним 44 опитаних (46%).

Доволі показовими є відповіді щодо необхідності тотального перегляду листування засуджених. Саме ретельний перегляд ко-

респонденті стає нездоланим бар'єром для тих засуджених, які хочуть подати скаргу. Вважають виправданим «догляд усієї кореспонденції» менше половини опитаних — 45%, натомість готові обмежитись вибіркоким доглядом 26%.

Менше половини опитаних переконані, що система подання скарг засудженими не потребує удосконалення (41%); зазначили, що ця система потребує незначних змін, 16% опитаних. Натомість 15% респондентів відповіли, що система потребує суттєвих змін, решта (28 осіб, 29%) або не надали відповідь, або мають особливу думку.

На питання, кому належить вирішальне слово, якщо хворий порушує режим, тільки половина опитаних (50%) відзначили, що лікуючому лікарю, а 29% вважають, що режимній службі.

Важливим елементом дотримання прав хворих засуджених є забезпечення їх доступу до медичної інформації про себе, а також такого доступу для їх родичів. На думку тільки 46% (тобто менш ніж половини) опитаних хворий має можливість отримати на руки виписку зі своєї медичної картки; 25% респондентів вважають, що вони такої можливості не мають.

Приблизно такий самий розкид відповідей спостерігається і серед відповідей на питання: чи мають родичі право отримувати виписки з медичних карток їх засуджених близьких за наявності письмової згоди.

Отримані відповіді щодо неможливості для хворого одержати інформацію про себе викликають подив і є досить показовими, оскільки законодавство має чітко та однозначно забезпечити їм таке право.

Важливо й інше: доступ до медичної документації хворих засуджених у лікарнях мають начальники відділень (відповіли 7 осіб з ВК-85 та ВК-124), а у ВК-85 такий доступ мають ще й адміністрація установи, оперслужба, спецчастина та взагалі всі.

Екс-генеральний прокурор України, коментуючи ситуацію щодо медико-санітарних умов

в установах попереднього ув'язнення Державної пенітенціарної служби, зазначив, що «із 32 таких установ майже у половині норми площі на одного ув'язненого не відповідають законодавчо визначеним». За його словами, допускаються порушення закону щодо медичного забезпечення взятих під варту осіб та засуджених. «З тих даних, які сьогодні ми маємо, я роблю висновки про те, що ДПтС спільно з Мінохоронздоров'я не забезпечено ліцензування та акредитацію медичних частин установ виконання покарань. Ця проблема в першу чергу стосується таких областей, як Волинська, Житомирська, Одеська, Черкаська та АР Криму», – сказав високопосадовець. «А МОЗ цільові перевірки діяльності таких установ щодо питань медико-санітарного забезпечення взагалі не проводило», – уточнив він³.

Поза увагою і держави, і суспільства перебувають проблеми в'язнів-інвалідів. В Україні є тільки одна спеціалізована установа для тримання засуджених інвалідів, проте в ній перебуває лише 1/10 ув'язнених осіб, визнаних інвалідами. Очевидно, що ця категорія засуджених має низку дуже специфічних потреб. І якщо на волі інваліду буває важко вирішити свої проблеми, то набагато складніше це йому зробити в ув'язненні. Наприклад, інваліди-в'язні, які потребують заміни протезів, не можуть зробити цього роками. До того ж держава не тільки часто байдужа до проблем в'язнів-інвалідів, а ще й дискримінує їх. Так, для тих, хто визнаний інвалідом під час ув'язнення, державну підтримку передбачено тільки після їх звільнення. Багато невирішених питань стосується тримання інвалідів на період до суду у СІЗО. Майже не досліджена процедура визнання в ув'язнених інвалідності. Існуюча практика дуже далека від стандартів цивілізованої країни. Потреби в'язнів-інвалідів, складнощі їх життя погано відомі як державним органам, так і суспільству.

Певні порушення зумовлені існуючим законодавством. Приміром, як уже зазначалося вище, Кримінально-виконавчий кодекс передбачає, що у разі втрати засудженим пра-

цездатності під час роботи в ув'язненні відшкодування за це він може отримати тільки після звільнення, що є нічим не обґрунтованою дискримінацією. Санітарно-гігієнічні умови тримання в'язнів не відповідають потребам. Наприклад, ув'язнені мають можливість приймати душ раз на 7–10 днів. Стан деяких камер вкрай незадовільний. Уряд ухвалює різні програми, зокрема, й щодо ефективного покращення становища осіб, позбавлених волі, але потім часто визнає, що такі програми не виконані. Їх наявність слабо впливає на реальний стан речей.

Доволі численними є скарги ув'язнених на погане медичне обслуговування або взагалі на відмову в ньому, на негативне ставлення до них з боку персоналу в'язничних лікарень. Прокуратура під час перевірок, як правило, не знаходить порушень. Через низький рівень медичних послуг для засуджених порушується їх право на охорону здоров'я, а іноді — і право на життя та свободу від катувань і жорстокого поводження.

Бувають випадки, коли адміністрація відверто маніпулює нормами, що стосуються медичних питань, або просто свідомо ігнорує міжнародні стандарти поводження з в'язнями. Так, у Бердичівській ВК-70 до останнього часу для засуджених, які прибули до установи, застосовували принизливу процедуру — змушували роздягатись догола і на очах працівників здійснювати акт дефекації. На запит про причини такого поводження була надана відповідь, що порушень законодавства не виявлено.

Під час надзвичайних подій наприкінці 2014 року у цій же установі декілька засуджених, імовірно, були побиті та переведені до інших установ, де з ними вдалося зустрітись правозахисникам та зафіксувати тілесні ушкодження. На питання до вищого керівництва пенітенціарної служби, чи проводився медогляд осіб, яких відправляли з ВК-70 на предмет наявності тілесних ушкоджень, була надана відповідь, що чинним законодавством проведення медоглядів при переведенні не передбачено. І це в ситуації, коли була велика ймовірність невиправданого застосування сили.

³ <http://www.pravda.com.ua/news/2013/04/4/6987385/>

Очевидно, що адміністрація установ відверто ігнорує міжнародні стандарти поводження з ув'язненими й отримує тверду підтримку вищого керівництва в такому підході.

В останні два-три роки ДПтСУ рапортує про значні закупки медобладнання для установ виконання покарань. Проте збільшення числа одиниць медичної апаратури аж ніяк не впливає на залежність медиків від адміністрації установ, не позбавляє їх можливості відмовляти засудженим у медичній допомозі (на кращому обладнанні), приховувати сліди побиття засуджених. Крім того, буває, що цим обладнанням не можна скористатись. Наприклад, в одній з установ виконання покарань придбали сучасну цифрову рентген-установку, але не можуть ввести її в експлуатацію, бо для цього треба облаштувати спеціальне приміщення. А коштів на виконання таких робіт немає. І дорогоцінне обладнання, про придбання якого звітували, фактично не працює.

6.2. Зміни у нормативно-правовій базі

Що стосується законодавчої та нормативної бази діяльності у сфері надання медичних послуг ув'язненим, то в останні дні 2014 року була ухвалена нова редакція Правил внутрішнього розпорядку, які були затверджені наказом Міністерства юстиції України № 2186/5 від 29.12.2014 р.

Медичним проблемам у Правилах присвячений розділ **XXVII. «Матеріально-побутове забезпечення та медичне обслуговування засуджених»**.

У цьому розділі зазначається, зокрема, що «В установах виконання покарань, у яких тримаються інваліди та особи похилого віку, адміністрацією цих установ створюються умови для задоволення особливих потреб таких засуджених. У разі необхідності будівлі та приміщення установ виконання покарань обладнуються відповідними конструкційними елементами

(поручні, пандуси, сходові підйомники, відсутність порогів тощо).

Засудженим, які тримаються у виправних колоніях мінімального рівня безпеки з полегшеними умовами тримання, у виправних центрах, а також у дільницях соціальної реабілітації та які не працюють у зв'язку із захворюванням чи з інших причин, від них не залежних (карантин, погодні умови тощо), і не отримують за цей час заробітну плату, харчування і речове майно, комунально-побутові послуги надаються за рахунок установи виконання покарань.

В установах виконання покарань здійснюються:

- клінічне обстеження та нагляд за засудженими з метою оцінки стану здоров'я, у разі виявлення хвороб — надання медичної допомоги та встановлення працездатності;
- амбулаторне, стаціонарне і спеціалізоване лікування в закладах охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України.

Особи, які прибувають до установ виконання покарань, підлягають обов'язковому медичному обстеженню. Результати обстеження, які містять дані щодо психічного та соматичного стану, лабораторних аналізів, реєструються в медичних картах засуджених.

У разі необхідності засуджені за письмовими заявами можуть отримувати виписки зі своїх медичних карт та передавати їх близьким родичам.

Медична допомога особам, що відбувають покарання, надається закладами охорони здоров'я відповідно до Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затвердженого наказом Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 15 серпня 2014 року № 1348/5/572, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 20 серпня 2014 року за № 990/25767.

Засуджені мають право звертатися за лікарськими консультаціями та лікуванням до закладів охорони здоров'я, що надають платні медичні послуги. Оплата таких послуг і придбання необхідних лікарських засобів здійснюються засудженими або їхніми родичами за рахунок власних коштів. Консультації і лікування у таких випадках проводяться в медичних частинах за місцем відбування покарання під наглядом персоналу медичних частин установ виконання покарань. За потреби їм надається екстрена медична допомога в закладах охорони здоров'я.

Медична допомога засудженим до довічного позбавлення волі організовується і надається безпосередньо в камері у присутності не менше трьох представників адміністрації установи виконання покарань. За необхідності надання екстреної медичної допомоги засуджені до довічного позбавлення волі переводяться до найближчого закладу охорони здоров'я.

Перевезення до (із) закладу охорони здоров'я засудженого до довічного позбавлення волі здійснюється в спеціалізованому автомобілі з конвоєм кількістю не менше п'яти осіб, до складу якого обов'язково повинен входити кінолог зі службовим собакою. Перевезення жінок, засуджених до довічного позбавлення волі, здійснюється без залучення кінолога зі службовим собакою.

Засуджені, які відбувають покарання в дільницях соціальної реабілітації, за рекомендацією лікаря та постановою про направлення засудженого на лікування до медичної частини виправної колонії⁴ проходять лікування в медичній частині виправної колонії, а засуджені, які відбувають покарання у виправних колоніях мінімального рівня безпеки з полегшеними умовами тримання, для проходження стаціонарного лікування за постановою про направлення засудженого на лікування до закладу охорони здоров'я Державної криміналь-

но-виконавчої служби України⁵ направляються до закладу охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України.

Особи, які прибули до установ виконання покарань, проходять комплексну санітарну обробку, що включає в себе для чоловіків, зокрема, стрижку волоссяних частин голови, підборіддя, бороди, вусів. Не менше одного разу на сім днів засудженим організовується миття в лазні з обов'язковою зміною натільної та постільної білизни, а за потреби — стрижка волоссяних частин голови, підборіддя, бороди, вусів та дезінсекція одягу.

Засуджені до довічного позбавлення волі, які хворі на туберкульоз, забезпечуються щоденною прогулянкою тривалістю до двох годин.

Якщо засуджені переводяться у заклад охорони здоров'я з ДІЗО, ПКТ (ОК), карцерів у зв'язку з членушкодженням або симуляцією хвороби, то час їхнього перебування у закладі охорони здоров'я в строк відбування стягнення не зараховується.

У закладах охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України, які мають у своїй структурі психіатричні або інфекційні відділення (палати), установлюється режим, що забезпечує ізоляцію хворих, а також посилений нагляд за поведінкою усіх категорій засуджених.

До засуджених до позбавлення волі осіб, які мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб, та тих, які не пройшли повного курсу лікування і відмовляються від нього, адміністрацією установи виконання покарань застосовується призначене судом примусове лікування.

Якщо під час відбування покарання буде встановлено, що засуджений має хворобу, яка становить небезпеку для здоров'я інших осіб, та відмовляється від лікування, адміністрація установи виконання покарань вносить до суду подання про застосування до такої особи примусового лікування.

⁴ Додаток 40 до Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затвердженого наказом Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 15 серпня 2014 року № 1348/5/572.

⁵ Додаток 41.

У випадках, коли засуджений бажає використовувати аналоги медичних препаратів, призначених для проходження курсу лікування, вони можуть бути отримані від родичів з дозволу медичної частини установи виконання покарань у порядку, визначеному пунктом 1 розділу X цих Правил. Такі лікарські засоби зберігаються в медичних частинах, видача їх хворим на руки забороняється, за винятком лікарських засобів, необхідних для підтримання життєдіяльності організму. Вживання лікарських засобів засудженими здійснюється в присутності медичного працівника.

Засуджені, які під час перебування у державних, комунальних закладах охорони здоров'я або закладах охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України порушують дисципліну, правила внутрішнього розпорядку цих закладів, відмовляються від лікування й обстеження (у першу чергу з приводу хвороби, яка становить небезпеку для здоров'я інших осіб), несуть відповідальність відповідно до вимог Кримінально-виконавчого кодексу України. Разом з тим зазначені засуджені не можуть бути переведені у ПКТ (ОК).

У разі відмови засуджених від проходження обстеження (медичних оглядів) та лікування, порушення дисципліни, правил внутрішнього розпорядку закладів охорони здоров'я складається акт, засуджені виписуються із цих закладів і переводяться до установ виконання покарань, з яких прибули, але лише у випадках, якщо це не являє загрози для життя і здоров'я хворих, а також осіб, які їх оточують.

6.3. Свідчення жертв порушення прав

Про «стиль» поведінки з в'язнями та реагування на їх скарги свідчить такий приклад:

Засуджений Б. 1963 р. народження, інвалід II групи, який відбуває покарання у Бердичівській ВК-70, звернувся до правозахисної організації із заявою, яка датована 12 червня

2013 року. Він повідомив, що у березні цього року прибув етапом до ВК-70, і після закінчення обшуку при прийомі до установи йому було зроблено (далі цитування зі збереженням стилю та орфографії автора):

«...в усній формі вимогливе розпорядження у формі наказу — пройти в туалет, присесть там, сняв штаны, и опорожниться, т. е. сделать «стул» в присутствии должностных лиц ВК-70, которые на расстоянии в 2 м наблюдали», що та як він робить. «Это наблюдение и обследование в ВК-70 проводят сотрудники оперативного отдела... Это есть дикий первобытный, животный, а не человеческий акт, унижающий полностью все человеческое достоинство. За отказ выполнять этот противоправный наказ меня в коридоре поставили на «растяжку» у стенки на долгое время — ноги шире плеч и руки вверх на стенку, лицом к стене, принуждая путем таких мучений меня к выполнению преступного наказа. Когда я стоял у стены, ко мне сзади подошел м-р Г. и сказал, что мне нечего возмущаться по поводу этого незаконного наказа. Я сказал, что буду писать, заявлять и обжаловать, а Г. мне на мои слова с преступной самоуверенностью и прямым умыслом: можешь писать!

После меня такому же унижающему акту был подвергнут осужденный В.

Затем незаконно без постановления начальника колонии я был помещен в карцер-ДИЗО, где находился на протяжении 7 дней».

Засуджений вимагав зустрічі з прокурором, але таку зустріч йому дозволили тільки наприкінці квітня.

«23 апреля я встретился с прокурором в кабинете первого зам. начальника ВК-70. Он не представился. Этому прокурору я подробно изложил по сути этот злочинный акт в отношении меня. Прокурор что-то во время моего

заявления писал. Это мое заявление прокурору было подано в устной форме. Оно не было принято надлежащим образом, не оформлено, не было зафиксировано. Эта заява осталась без ответа!»

На запити правозахисної організації прокуратура надала у вересні відповіді, з яких випливає, що жодних порушень не було, ніякого тримання в ДІЗО засудженого ніде не зафіксовано, а відповідь прокуратури він начебто отримував — згідно із записом у журналі.

Так, прокурор Бердичевської міжрайонної прокуратури С. В. Горохов у листі від 17.09.2014 р. пише:

«Проведеною перевіркою фактів застосування до засудженого Б. будь-якого тиску з боку адміністрації Бердичевської ВК-70 не встановлено». Надзвичайно важливо, що прокурор не спростовує того, що описані засудженим принизливі процедури мали місце. В іншому листі — від 10.10.2014 р. — він же зазначає: «...доводи щодо неправомірних дій по відношенню до засудженого Б. та інших засуджених з боку представників адміністрації під час проведення повного обшуку по прибуттю до установи свого підтвердження не знайшли. Також перевіркою встановлено, що згідно журналу обліку засуджених, які поміщені до камер ДІЗО... протягом 2013 року у камерах ДІЗО засуджений Б. не утримувався.

Також відсутні дані про надання йому медичної допомоги у зв'язку з отриманням тілесних ушкоджень.

Щодо ненадання відповіді Бердичевською міжрайонною прокуратурою на звернення під час особистого прийому прокурором встановлено, що вказане звернення розглянуто та 07.05.2013 року засудженому надано письмову відповідь, про отримання якої в особовій справі наявна його відповідна розписка».

Відсутність процедур негайної перевірки подібних свідчень призводить до безкарності порушників. Через деякий час залишаються тільки записи адміністрації, і довести щось, наприклад ненадання медичної допомоги, часто не можливо.

6.4. Рекомендації

1. Пенітенціарній службі пропонується удосконалювати нормативну базу відомства, включаючи Кримінально-виконавчий кодекс та Правила внутрішнього розпорядку. До обговорення проектів нормативних документів залучати незалежних фахівців та громадськість, Пропонується провести комплексний аналіз нормативно-правових документів та інших нормативних актів ДПтСУ України у сфері надання медичних послуг на відповідність міжнародним стандартам, залучати до цієї роботи кращих фахівців, у тому числі з поза меж пенітенціарної служби.
2. Скасувати норми відомчих правових актів у сфері надання медичних послуг, які порушують права людини та/або не відповідають положенням Європейських пенітенціарних правил та не враховують рекомендацій Європейського Комітету із запобігання катуванням.
3. Реалізовувати рекомендації у сфері надання медичних послуг, надані в рамках Універсального періодичного огляду ООН. Конструктивно поставитись до максимального виконання рекомендацій Європейського Комітету із запобігання катуванням.
4. Сприяти скасуванню норми КВК про відшкодування ув'язненим втрати працездатності, що сталася під час відбування покарання, тільки після звільнення і впровадити таке відшкодування з моменту настання непрацездатності.
5. Вживати заходи з поліпшення надання медичних послуг ув'язненим, ініціювати захо-

ди з перепідпорядкування медичних служб відомства Міністерству охорони здоров'я, сприяти організації громадського обговорення цього питання.

6. Суттєво підвищити фінансування надання медичних послуг, збільшити чисельність кваліфікованого медичного персоналу у в'язницях, домогтися їм адекватної оплати праці та посилити відповідальність за ненадання або неналежне надання медичної допомоги.
7. Забезпечувати інвалідів протезами та іншими необхідними медичними та технічними засобами для людей з обмеженими можливостями.
8. Поширювати практику проведення моніторингів та досліджень у сфері надання медичних послуг засудженим силами громадських організацій.
9. Забезпечити гарантований доступ засуджених до медичної інформації про себе (медичні картки, результати обстежень тощо) з можливістю обов'язково безперешкодно робити виписки та мати їх при собі.
10. Керівникам ДПтСУ України, керівникам територіальних підрозділів відомства періодично публічно нагадувати всім працівникам УВП про неприпустимість жорстокого поводження із ув'язненими, про неприпустимість перешкоджання відправці скарг та про обов'язкове притягнення до відповідальності працівників УВП за порушення цих вимог.

Розділ 7

ПРАВА ПАЦІЄНТІВ З ОРФАННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

У 1983 році було введено термін «орфанні хвороби», що охоплює рідкісні захворювання, частота яких не перевищує п'яти випадків на 10 тис. осіб. У США такою недугою визнають захворювання, на яке хворіє одна людина з 1500, у Японії — одна з 2500, у Росії — 10 з 100 000¹.

В Україні прийнято таке визначення: рідкісне (орфанне) захворювання — захворювання, яке загрожує життю людини або яке хронічно прогресує, призводить до скорочення тривалості життя громадянина або до його інвалідності, поширеність якого серед населення не частіше ніж 1:2000²

За даними Європейського комітету експертів із рідкісних захворювань EUCERD, кількість цих хвороб досягає 8 тисяч. Установлено, що 80% рідкісних захворювань зумовлені генетичними причинами. До таких захворювань

належать спадкові порушення обміну речовин, рідкісні форми онкологічних та онкогематологічних захворювань, рідкісні інфекційні ураження, аутоімунні процеси тощо. За даними Європейського альянсу організацій хворих рідкісними захворюваннями EURORDIS, дві третини рідкісних захворювань проявляються у ранньому дитячому віці, у 65% випадків мають важкий інвалідизуючий плин, а в 50% — погіршений прогноз для життя.

- 75% орфанних захворювань уражають дітей.
- 30% хворих на орфанні захворювання помирають у віці до 5 років.
- 50% орфанних захворювань призводять до інвалідності.
- 80% орфанних захворювань спричинені генетичними розладами, інші 20% — бактеріальними або вірусними інфекціями, алергіями, несприятливими екологічними факторами

Кількість рідкісних хвороб постійно збільшується — у світі щотижня описується 5 нових патологічних станів. Це пов'язано як з поліпшенням діагностики, так і з погіршенням екології на планеті, спричиненим життєдіяльністю людини.

¹ Пояснювальна записка до проекту ЗУ «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо забезпечення медичною допомогою осіб з рідкісними (орфанними) захворюваннями».

² Ч. 1, ст. 3 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Нині у країнах ЄС, у США, Японії, Тайвані, Сінгапурі, Австралії вже діють спеціальні закони, що стимулюють науку й фармацевтичні компанії розробляти препарати для лікування рідкісних захворювань.

З 2010 року держави Європи вимагають від країн-учасниць ЄС розпочати планування й розвиток національних програм з рідкісних захворювань.

Потреби пацієнтів з орфанними захворюваннями:

1. Законодавче визначення.
2. Прийняття державних та місцевих програм з передбаченим обсягом фінансування відповідно до кількості пацієнтів.
3. Фінансування з державного бюджету найбільш рідкісних та орфанних захворювань та тих, лікування яких вимагає значних матеріальних витрат, з місцевого — решти орфанних захворювань відповідно до кількості пацієнтів.
4. Для реалізації пп. 2–3 потрібно створити загальноукраїнський реєстр хворих з орфанними захворюваннями.

7.1. Законодавче визначення

В Україні до 2014 року не існувало визначення «орфанні захворювання». Деякі з них входили до «Переліку категорій захворювань, у разі амбулаторного лікування яких лікарські засоби відпускаються безоплатно», зокрема системні, хронічні, тяжкі захворювання шкіри (бульозний епідермоліз, без окремого визначення), гематологічні захворювання (гемофілія, без окремого визначення), фенілкетонурія, муковісцидоз. Але, наприклад, мукополісахаридоз, легенева гіпертензія, спінальна аміотрофія та багато інших захворювань у цьому «Переліку» були відсутні.

15.04.2104 було внесено зміни до ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (набули чинності з 01.01.2015),

які надали законодавче визначення «орфанні захворювання»³ та доповнили Розділ V статтею 53¹ такого змісту:

«Профілактика та лікування рідкісних (орфанних) захворювань»

Держава забезпечує заходи з профілактики рідкісних (орфанних) захворювань та організацію надання громадянам, які страждають на такі захворювання, відповідної медичної допомоги. З цією метою центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я:

- визначає та затверджує перелік рідкісних (орфанних) захворювань та забезпечує офіційну публікацію цього переліку (1);
- в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, забезпечує створення та ведення **державного реєстру громадян**, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання (2);
- визначає заходи, необхідні для забезпечення профілактики рідкісних (орфанних) захворювань, та **встановлює порядок надання медичної допомоги** громадянам, які страждають на ці захворювання (3).

Громадяни, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, безперервно та безоплатно забезпечуються необхідними для лікування цих захворювань лікарськими засобами та відповідними харчовими продуктами для спеціального дієтичного споживання відповідно до їх переліку та обсягів, затверджених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України».

Проблеми впровадження статті 53¹ ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо орфанних захворювань

³ Наведено вище.

1. Перелік рідкісних (орфанних) захворювань.

На виконання змін до ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 27.10.2014 наказом МОЗ № 778 було затверджено «Перелік рідкісних (орфанних) захворювань», що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації та для яких існують визнані методи лікування», який містить 171 позицію і який теж набрав чинності з 01.01.2015.

2. Державний реєстр громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання ще не створений.

3. Порядок надання медичної допомоги громадянам, які страждають на орфанні захворювання.

31 березня 2015 року було прийнято постанову Кабінету Міністрів України № 160 «Про затвердження Порядку забезпечення громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, лікарськими засобами та відповідними харчовими продуктами для спеціального дієтичного споживання», яка на час складання Доповіді ще **не набула чинності**. Зокрема, відповідно до **частини 2 статті 53 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»** Кабінет Міністрів України **постановляє**:

«Міністерству охорони здоров'я разом з Міністерством фінансів під час підготовки проекту Закону про Державний бюджет України на відповідний рік передбачати видатки на здійснення заходів щодо безперебійного і безоплатного забезпечення громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, лікарськими засобами та відповідними харчовими продуктами для спеціального дієтичного споживання».

«Обласним та Київській міській державним адміністраціям у шестимісячний строк розробити та затвердити заходи щодо забезпечення громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, лікарськими засобами та відповідними харчовими продук-

тами для спеціального дієтичного споживання, що закуповуються за рахунок коштів місцевого бюджету».

Отже, постає нагальне питання щодо реалізації затверджених документів, особливо з огляду на можливості державного та місцевих бюджетів.

По-перше, на цей час порядок фінансування — найбільш «важке» питання.

Виконаємо калькуляцію лікування хлопчика 4 років, середня вага 16 кг, на підставі Протоколу надання медичної допомоги **хворим на муковісцидоз**, що був затверджений наказом МОЗ України від 19 березня 2007 р. № 128 (Код МКХ 10: E 84.0).

1. Мікрогранульовані ферменти підшлункової залози в ентросолюбільній оболонці Креон 10000, 150 мг, № 20 — середня ціна 193 грн.

Базуючись на рекомендаціях Погоджувальної конференції з муковісцидозу (МВ), досліджень «випадок-контроль» Асоціації МВ США та досліджень «випадок-контроль» у Великобританії, можна запропонувати такі загальні рекомендації дозування для замісної терапії ферментами підшлункової залози: початкова доза для дітей віком до 4 років становить 1000 од. ліпази на 1 кг маси тіла під час кожного прийому їжі і для дітей віком від 4 років — 500 од. ліпази на 1 кг маси тіла під час кожного прийому їжі. Хлопчику необхідно 2 капсули «Креон» на кожний прийом їжі, 8 капсул на добу. Отже, 20 капсул вистачить на два дні — 193 грн, на місяць приблизно 2895,00 грн.

2. Прегестиміл, Пепті Юніор — на ринку України пропозицій не було на час дослідження.

3. Хологогум — на ринку України пропозицій не було на час дослідження,

Холефлюкс — на ринку України пропозицій не було на час дослідження

4. Амброксолу гідрохлорид: — дітям віком до 2 років — до 15 мг/добу, від 2 до 5 років — до 22 мг/добу, 5–12 — до 45 мг/добу, 12 років і більше — до 150 мг/добу — 30 мг, 20 шт., коштують 8,00 грн., або 16 грн. на місяць.

Таким, чином, без урахування ціни жовчогінних препаратів та спеціального лікувального годування (у протоколі пропонуються до застосування препарати та суміші, які не представлені на ринку України), лікування хлопчика 4 років, хворого на муковісцидоз, коштує на місяць майже 3000,00 грн.

До того ж, препарат Креон, який рекомендований до лікування муковісцидозу, є поліферментним препаратом, що містять ліпазу, протеазу та інші активні речовини (панкреатин), який за наказом МОЗ України від 27.02.2006 р. № 86 включено (не сам препарат, але його діючі речовини) до «Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів». На жаль, цей перелік надає тільки право, а не встановлює обов'язок закупляти певні ліки.

Для деяких орфанних захворювань існують спеціальні нормативно-правові акти, які регулюють надання медичної допомоги. Наприклад, на підставі наказу МОЗ України № 457 від 13.11.2001 р. діти з фенілкетонурією забезпечуються лікарськими амінокислотними сумішами безкоштовно до 18 років. Перші три роки (з моменту встановлення діагнозу до повних трьох років) — за рахунок державного бюджету, на підставі щорічних тендерних закупівель Міністерства охорони здоров'я. Після досягнення такою дитиною віку 3 років забезпеченням її лікувальним харчуванням повинно займатися обласне або міське управління охорони здоров'я. Закупівля препаратів має здійснюватись на тендерній основі за рахунок місцевих бюджетів.

По-друге, існує проблема присутності на фармацевтичному ринку України спеціальних медичних препаратів.

Пацієнти з рідкісними (орфанними) захворюваннями часто опиняються поза межами державного забезпечення лікуванням через відсутність відповідних лікарських засобів на українському ринку. Так, в Україні у 2013 році у державному бюджеті були передбачені кошти на закупівлю лікарського засобу для лікування хворих на мукополісахаридоз, але компанія-виробник не хотіла виходити на український ринок через те, що реєстрація довготривала і дорога, а ринок збуту невеликий (50 хворих)⁴.

У США та ЄС також існує практика, коли лікарські засоби, призначені для лікування рідкісних (орфанних) захворювань, можуть застосовуватися без реєстрації. Це пов'язано з тим, що, по-перше, процес реєстрації таких лікарських засобів затримується, оскільки виробники не можуть у повній мірі проводити їх дослідження через дуже малу кількість пацієнтів, а, по-друге, незареєстровані лікарські засоби, призначені для лікування орфанних хвороб, дуже часто є єдино можливими. Отже, для того щоб хворих не позбавляли єдиного шансу на життя, у США та ЄС таким лікарським засобам надається без реєстрації статус орфанних і вони можуть застосовуватися для лікування у тих випадках, коли не існує ефективного зареєстрованого лікарського засобу.

В Україну зазначені лікарські засоби (незарєєстровані) ввозити заборонено, чим створено загрозу життю та здоров'ю людей, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання.

Труднощі з державною реєстрацією ліків для орфанних захворювань обговорювались й на круглому столі з представниками Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради з прав людини, які повідомили про стан провадження у справі про забезпечення прав дітей, хворих на мукополісахаридоз, на належне лікування. Було зазначено, що нарешті вдалося вирішити

⁴ <http://www.apteka.ua/article/266820>

проблему щодо реєстрації лікарського засобу «НАГЛАЗИМ» (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.08.2013 № 684), державна реєстрація лікарського засобу «ЕЛАПРАЗА» триває⁵.

Ця проблема знайшла законодавче вирішення. Законом України від 12.08.2014 № 1637-VII «Про внесення змін до Закону України «Про лікарські засоби» щодо удосконалення порядку забезпечення населення лікарськими засобами, призначеними для лікування соціально небезпечних і тяжких хвороб» Верховна Рада України доповнила ст. 17 таким реченням:

«Незарєєстровані лікарські засоби можуть ввозитись на митну територію України для лікування рідкісних (орфанних) захворювань за рішенням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Це положення стосується лише лікарських засобів, розроблених виключно для лікування рідкісних (орфанних) захворювань, які в установленому порядку допущені до застосування на території Сполучених Штатів Америки або держав — членів Європейського Союзу, незалежно від того, чи зарєєстровані вони як лікарські засоби компетентними органами Сполучених Штатів Америки або Європейського Союзу».

7.2. Питання отримання соціальних пільг

Питання, пов'язані з призначенням та виплатою державної соціальної допомоги дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства регулюються Законом України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам». Згідно із Законом, право на державну соціальну допомогу мають інваліди з дитин-

ства та діти-інваліди віком до 18 років. Інвалідам з дитинства причина, група інвалідності, а також строк, на який встановлюється інвалідність, визначаються органом медико-соціальної експертизи.

Перелік медичних показань, що дають право про одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років, затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 р. № 454/471/516.

Встановлення у дитини медичних показань для визнання її інвалідом віком до 18 років здійснюється лікарсько-консультативними комісіями дитячих обласних, багатопрофільних міських лікарень, спеціалізованих лікарень, диспансерів, де діти перебувають на диспансерному обліку та спеціалізованому лікуванні, Української дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», Українського центру медичної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, клінік науково-дослідних установ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України після стаціонарного або амбулаторного обстеження.

Термін дії медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років встановлюється згідно зі строками, передбаченими наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 р. № 454/471/516 та зазначається в медичному висновку.

Наприклад, дитині-інваліду з діагнозом «Мукополісахаридоз, тип II», згідно з «Переліком медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років», державна соціальна допомога надається строком до 16 років (до цього року й медичний висновок є дійсним). А дитині зі станом «Інші вроджені вади серцевої перегородки, серцева недостатність

⁵ <http://www1.ombudsman.gov.ua/>

II–III, легенева гіпертензія», державна соціальна допомога надається строком на 2 роки, після чого потрібно оновити медичний висновок про дитину-інваліда віком до 18 років.

тимуть право безкоштовно амбулаторно лікуватись.

7.3. Питання оплати ліків

Особи, які мають право на отримання безкоштовних ліків або на їх придбання на пільгових умовах за рецептами лікарів у випадку амбулаторного лікування, а також захворювання, що дають право на цю пільгу, визначені постановою Кабінету міністрів України від 17 серпня 1998 року № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань».

Згідно з цією постановою, діти у віці до 3 років, а також діти-інваліди у віці до 16 років мають право на безоплатне одержання ліків за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування.

Наприклад, муковісцидоз, фенілкетонурія входять до переліку захворювань, у випадку амбулаторного лікування яких лікарські засоби відпускаються безоплатно.

Гемофілія є гематологічним захворюванням, а бульозний епідермоліз є системним, хронічним, тяжким захворюванням шкіри, тому вони теж підпадають під дію цієї постанови.

Але такі орфанні захворювання, як спінальна аміотрофія та мукополісахаридоз, не зазначені в цьому переліку постанови, тому за формальними ознаками наявність цих захворювань не є підставою для безоплатного призначення ліків за рецептом.

Цілком зрозуміло, що діти з орфаними захворюваннями отримують медичний висновок про дитину-інваліда та до 16 років ма-

Відпуск ліків дітям-інвалідам віком до 16 років провадиться за рецептами лікарів незалежно від місця проживання цих дітей, але в межах адміністративно-територіальної одиниці (АРК, області, міста Києва). У цьому разі витрати, пов'язані з оплатою вартості ліків, беруть на себе органи охорони здоров'я за місцем їх відпуску. Дані витрати передбачені державним бюджетом України.

Безкоштовно відпускаються лікарські засоби, зазначені у Переліку лікарських засобів вітчизняного чи іноземного виробництва, затверджені постановою Кабінету Міністрів від 5 вересня 1996 року № 1071 (з актуальними змінами). Цей перелік налічує більше 700 найменувань ліків.

Інваліди з дитинства I та II груп мають право купувати ліки за рецептами лікарів з оплатою 50% їх вартості в разі амбулаторного лікування. Інваліди, які отримують пенсію, що не перевищує мінімального розміру пенсії, або державну соціальну допомогу, призначену замість пенсії, мають право придбати ліки безкоштовно.

7.4. Проблема спеціального дитячого лікувального харчування

Як було зазначено вище, на ринку України представлені не всі товари, які потрібні для лікувального харчування, наприклад не було пропозицій щодо препаратів «Прегестіміл», «Пепті Юніор», які потрібні хворим на муковісцидоз. Тому дуже актуальним є самостійне забезпечення хворих лікувальним харчуванням шляхом ввезення його з інших країн. Це питання врегульоване постановою КМУ від 23.05.12 р. № 458 «Про обсяги та порядок ввезення громадянами на митну територію України лікарських засобів та спеціального дитячого харчування».

Відповідно до ст. 370 Митного кодексу України Кабінет Міністрів України постановив:

1) громадяни можуть ввозити на митну територію України лікарські засоби, які переміщуються в ручній поклажі та/або в супроводжуваному або несупроводжуваному багажі громадянина, в таких обсягах:

— у кількості, що не перевищує п'яти упаковок кожного найменування на одну особу (крім лікарських засобів, що містять наркотичні чи психотропні речовини);

— у кількості, що не перевищує зазначену в наявному в особи рецепті на такий лікарський засіб, виданому на ім'я цієї особи та засвідченому печаткою лікаря та/або закладу охорони здоров'я;

2) громадяни (батьки або особи, які їх замінюють, та/або уповноважена ними особа, інші члени сім'ї та родичі) можуть ввозити на митну територію України продукти спеціального дитячого харчування, які не виробляються (не реалізуються в Україні) для дітей, хворих на фенілкетонурію або інше захворювання, що потребує спеціального харчування, які переміщуються в ручній поклажі та/або в супроводжуваному або несупроводжуваному багажі громадянина, в таких обсягах:

— у кількості, що не перевищує п'яти упаковок (банок) кожного найменування на одну особу;

— у кількості, що не перевищує зазначену в наявному в особи рецепті на продукт (продукти) спеціального дитячого харчування, виданому на ім'я дитини та засвідченому печаткою лікаря та/або закладу охорони здоров'я, за умови пред'явлення документів, що засвідчують родинні зв'язки з хворою дитиною, або іншого документа, який підтверджує повноваження особи на такі дії.

7.5. Рекомендації Уряду України⁶

1. Передбачити (або внести зміни) в Законі України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» додаткові кошти для забезпечення орфанних хворих життєво необхідними препаратами. Для цього слід передбачити додаткове фінансування існуючих програм (хвороба Гоше, мукополісахаридоз, фенілкетонурія, гемофілія, муковісцидоз) та поширити їх на дорослих орфанних хворих (старші 18 років). Передбачити фінансування хворих на ті орфанні захворювання, що на сьогодні не отримують жодного фінансування.
2. Затвердити постановою КМУ порядок ведення державного реєстру громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання.
3. Надати розпорядження до МОЗ України розробити та затвердити клінічні протоколи лікування рідкісних (орфанних) захворювань.
4. Посприяти закупівлі орфанних препаратів без посередників, щоб МОЗ могло їх закупляти прямо або через міжнародні організації за оптимальними цінами та реєструвати в Україні за спрощеною процедурою (або без реєстрації на підставі ЗУ від 12.08.2014 № 1637-VII «Про внесення змін до Закону України «Про лікарські засоби»).

Верховній Раді України

Звільнити від додаткового імпортного 5% збору на орфанні препарати та 10% на дієтичне харчування для пацієнтів з орфанными захворюванням та внести відповідні зміни до Митного кодексу України та ЗУ № 73-VIII від 28.12.2014 «Про заходи щодо стабілізації платіжного балансу України відповідно до статті XII Генеральної угоди з тарифів і торгівлі 1994 року».

⁶ Рекомендації надані Громадської спілкою «Орфанні Захворювання в Україні».

Розділ 8

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ІЗ ЗОНИ АТО НА ПРИКЛАДІ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ТА ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ

Останні місяці через агресивну політику Росії Україна майже чи не щодня зіштовхується з новими викликами та проблемами, реагування на які через відсутність достатнього досвіду та масштаб проблем відбувається вкрай повільно. Від березня 2014 року частина східних областей почала активно приймати переселенців із окупованої території нашої держави. За даними Державної служби України з надзвичайних ситуацій, станом на 31.03.2015 р. кількість внутрішніх переселенців становила 810 тисяч, із них у Харківській та Дніпропетровській областях — більше 240 тисяч осіб¹. Люди вимушені тікати, залишаючи домівки, основну масу речей і втрачаючи на невизначений термін можливість звично вирішувати побутові та інші проблеми. Однією з головних проблем, з якою стикаються переселенці з Донбасу, є отримання медичної допомоги та необхідних ліків. Особливо це є актуальним для найбільш уразливих категорій переселенців, таких як: вагітні жінки, діти, люди

похилого віку, особи із пораненнями, інваліди, психічно хворі, хворі на ВІЛ/СНІД, гепатит, туберкульоз, діабет тощо. Саме тому Харківський інститут соціальних досліджень за підтримки програми «Громадське здоров'я» МФ «Відродження» провів соціологічне дослідження, спрямоване на вивчення того, як саме державою організоване медичне забезпечення внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які медичні проблеми хвилюють їх найбільше, яка допомога надається волонтерами тощо².

Дослідження проводилось у Харківській і Дніпропетровській областях, які одними з перших зіткнулися з великою кількістю внутрішньо переміщених осіб і вже мають певний досвід вирішення пов'язаних з цим проблем.

Дослідження складалося з таких заходів:

- опитування методом інтерв'ю face-to-face внутрішньо переміщених осіб, які зверталися за медичною допомогою у державні заклади охорони здоров'я. Вибірка цільова, направлений відбір у пунктах на-

¹ Офіційний сайт Державної служби України з надзвичайних ситуацій: <http://www.mns.gov.ua/news/34232.html>

² Розділ підготовлено С. Щербань, Харківський інститут соціальних досліджень.

дання волонтерської допомоги, опитано 100 осіб;

- експертні інтерв'ю із волонтерами, які надають допомогу внутрішньо переміщеним особам. Вибірка доступних експертів, опитано 30 осіб;
- експертні інтерв'ю зі співробітниками ДОЗ, державних закладів охорони здоров'я, які у своїй роботі стикалися із переселенцями. Вибірка доступних експертів, опитано 20 осіб.

8.1. Основні медико-соціальні проблеми, з якими стикаються переселенці

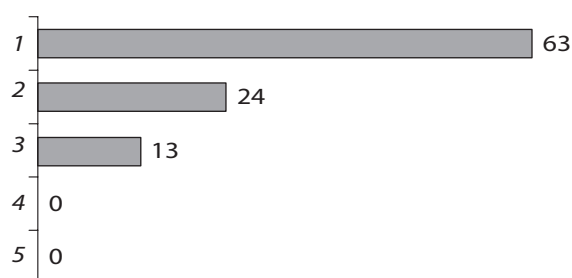
Важливим фактором, який впливає на появу проблем зі здоров'ям, ускладнює безпосередньо процеси звернення та отримання медичної допомоги, а також уповільнює саме лікування й одужання пацієнта, є наявність у внутрішньо переміщених осіб багатьох соціально-побутових труднощів. Серед них основними є: неможливість працевлаштуватися (45% відповідей); відсутність житла (33%), теплих речей (25%), часто навіть харчів (15%); проблеми з отриманням соціальних виплат (19%) тощо (табл. 1).

Таблиця 1. Проблеми, які хвилюють переселенців більш за все, %

Проблема	Відповіді
Труднощі у працевлаштуванні	45
Отримання медичної допомоги	36
Пошук житла	33
Потреба у теплих речах	25
Отримання юридичної допомоги	21
Отримання інших соціальних виплат (пенсії, виплати на дитину тощо)	19
Потреба у харчуванні	15
Отримання грошової допомоги від держави для вимушено переміщених осіб	15

Отримання психологічної допомоги	7
Переїзд в інший населений пункт	5
Реєстрація як внутрішньо переміщена особа (отримання довідки)	5
Оформлення дитини/дітей респондента у дитячий садок	4
Наразі немає таких проблем, які б особливо хвилювали	4
Отримання спеціальної або вищої освіти респондентом або його дитиною/дітьми	2

Актуальність зазначених потреб підтверджують і відповіді переселенців щодо оцінки матеріального стану своєї сім'ї. Так, кожен четвертий опитаний (24%) відповів, що він ледь зводить кінці з кінцями, іноді не вистачає коштів навіть на харчування. Ще 63% вказали, що на харчування вистачає, але придбання одягу та взуття викликає труднощі. Звідси й нагальна для кожного четвертого переселенця проблема отримання теплих речей. Тільки 13% опитаних переселенців відповіли, що їм у цілому вистачає на життя, але не на цінні речі (меблі, холодильник тощо). Вимушено переміщених осіб, які б не відчували матеріальних труднощів, не було взагалі (Рис. 1).



- 1 На продукти харчування, але придбання одягу та взуття викликає труднощі
- 2 Ледь зводимо кінці з кінцями, іноді не вистачає навіть на харчування
- 3 В цілому на життя вистачає, але не на цінні речі (меблі, холодильник тощо)
- 4 Жодних матеріальних труднощів не відчуємо, можемо дозволити собі практично все
- 5 Матеріальних труднощів не відчуємо, за винятком здійснення особливо крупних покупок

Рисунок 1.

Оцінка внутрішньо переміщеними особами матеріального становища своєї сім'ї (у % до тих, хто відповів)

За словами волонтерів, останнім часом характер проблем переселенців дещо змінився. Влітку люди виїжджали із небезпечних місць стихійно, взявши із собою лише документи. Відповідно вони потребували елементарних предметів побуту — посуду, постільної білизни тощо. Наразі ж люди залишають небезпечні території вже більш усвідомлено, зокрема беруть необхідний мінімум речей для довготривалого проживання за межами свого дому. Окрім того, побільшало тих переселенців, які перебувають на не окупованій території України вже понад півроку, а тому є більш-менш адаптованими: мають житло, знайшли роботу, оформили дітей у школи тощо. Їхні потреби стосуються вже покращення побутових умов — у центрах видачі гуманітарної допомоги люди питають про холодильники, пральні машини, телевізори тощо.

На думку як волонтерів, так і медичних працівників, багато переселенців, на жаль, не звертають уваги на те, що вони, перш за все, потребують психологічної допомоги. Це вважається другорядною проблемою, вирішення якої можна відкласти. За результатами опитування, тільки 7% респондентів розглядали її як таку, що хвилює ВПО.

Ми стикаємося з достатньо серйозними психологічними станами людей. Наразі домінують стани приреченості та озлобленості. Ми не кажемо, що це психіатрія. Але це в чомусь депресивний стан, люди не вірять у світле майбутнє. Багато посттравматичних стресових розладів, психоемоційні порушення, на які треба реагувати, бо це значним чином впливає загалом на стан здоров'я людини.

*Із інтерв'ю зі співробітником
Департаменту охорони здоров'я*

Що стосується безпосередньо потреб у медичній допомозі, то частіше за все опитані зазначали потреби в діагностиці та лікуванні (61% відповідей), у 19% випадків була необхідна просто консультація і ще у 19% — стаціонарне лікування (рис. 2).



Рисунок 2.

Види медичної допомоги, якої потребували респондент, його родичі (% до всіх відповідей)

Найбільше звернень за медичною допомогою стосувалося лікування простудних (36%) та хронічних (28%) захворювань (табл. 2). Кожний десятий опитаний звертався у зв'язку із вагітністю та наявністю новонародженої дитини. Відповіді «Інше» більшою мірою стосувалися отримання стоматологічної допомоги, меншою — проблем із зором.

Таблиця 2. Причини звернення за медичною допомогою респондента, його родичів, %

Причина звернення до лікаря	Відповіді
Простудне захворювання	36
Хронічне захворювання	28
Інше	12
Вагітність, наявність новонародженої дитини	10
Вакцинація дитини	9
Інвалідність	8
Погіршення психічного здоров'я	7
Отримання інсуліну	2
Поранення, контузії	2

За словами лікарів, серед хронічних захворювань частіше за все превалюють серцево-

судинні хвороби, багато громадян звертається із скаргами на гіпертонічні кризи. Не менш поширеними є артрит, цукровий діабет, захворювання нервової системи та онкологічні проблеми.

8.2. Організація медичного забезпечення внутрішньо переміщених осіб

Відповідно до офіційної позиції державних органів внутрішньо переміщені особи користуються усіма правами на отримання медичної допомоги, в тому числі лікарських засобів безоплатно або на пільгових умовах, як і громадяни, які постійно мешкають на території, куди переїхали переселенці. Забезпечення значених осіб лікарськими засобами здійснюється відповідно до чинного законодавства України та в межах затверджених кошторисних призначень закладів охорони здоров'я на поточний рік.

На практиці це означає, що державні органи охорони здоров'я вимушені забезпечувати внутрішньо переміщених осіб, використовуючи власний грошовий фонд, розрахований на найбільш вразливі верстви населення. Ліки ж, безкоштовна видача яких урегульована законодавством (це передусім такі захворювання, як туберкульоз, гепатит, ВІЛ/СНІД, цукровий діабет тощо), видаються із тих запасів, які передбачені на потреби постійних мешканців областей. І це при тому, що навіть для останніх вони не завжди є у необхідній кількості.

Ми беремо ті гроші, які нам виділяються кожен рік. Це так званий «непорушний запас», який ми використовували зазвичай, коли надходив пацієнт, який узагалі не в змозі був купити ліки. Ми ж не можемо йому не допомогти, тоді з цих грошей і забезпечували. Але ж цей запас не гумовий. А ми його зараз постійно втрачаємо на переселенців.

Із інтерв'ю з медичним працівником

Отже, головна проблема, яка стала ще більш помітною в умовах АТО, полягає в тому, що в Україні вже давно вкрай необхідним є комплексне реформування системи охорони здоров'я. Медицина лише де-юре є безкоштовною, де-факто ж громадяни сплачують за всі медичні послуги, починаючи від оплати флюорографічного знімка і закінчуючи оплатою за народження дитини. Окрім несанкціонованого збору грошей, внутрішньо переміщені особи, як і інші громадяни України, стикаються із проблемами черг, затягнутих бюрократичних процедур, застарілого діагностичного та лікувального обладнання тощо.

Зверталася до поліклініки і в лікарню потім, відсилали з одного кабінету в інший. Без цього ми вас не приймемо, вам треба ще туди, довідки якісь брати. Й усюди найголовніше — треба за щось заплатити. То дайте грошей на папір для рецепту, то благодійний внесок у лікарню, то заплатіть за масаж... Але я не те, щоб скаржуся. Мені допомогли, ставилися в цілому непогано. Просто я розумію, що це не тільки тут, так завжди було. Й у нас у Донецьку те ж саме.

Із інтерв'ю з переселенцем

На думку волонтерів, постійні порушення прав пацієнтів є не тільки тому, що так працює більшість закладів охорони здоров'я, але й через те, що самі люди дуже мало знають про свої права і про те, яким чином їх захищати.

Мамам, які мають дітей-інвалідів, їм потрібні спеціальні препарати протисудомні, які безкоштовно виписуються. Їм починає дільничний лікар виносити голову, що у вас немає картки, що потрібно пройти повторну консультацію, щоб тільки не надавати. Вона дитину цю донести не може, вона лежача. У неї, припустімо, візка немає або ще чогось. А вона не може збагнути, що потрібно йти до завідувача скаржитися. А якщо і спи-

тає щось, то може і не зрозуміти, що їй там відповіли.

Із інтерв'ю з волонтером

Багато хто взагалі не ідентифікує такі ситуації, як порушення своїх прав, ще частина громадян вважає процедури скарг такими, які все одно не допоможуть у вирішенні проблеми. Але часто для переселенців платне отримання медичної допомоги або ліків означає жорстку економію на харчуванні та інших базових витратах, які значним чином впливають на перебіг лікування, а отже, доводиться або відстоювати свої права, або відмовлятися від лікування зовсім.

У мене мама — інвалід. Потрібна операція, потрібен післяопераційний догляд. Коли нам назвали ціни, ми зрозуміли, що це дуже дорого, ну просто забагато для нас. Оренда, харчування, проїзд... всюди необхідні гроші, яких немає. Поки відклали цю операцію, але ж це питання часу, а ситуація навряд чи зміниться.

Із інтерв'ю з переселенцем

— Платили по 10 гривень за зарядку для очей, щоб розвивати м'язи зорової системи. Нам потрібно було хоча б декілька разів сходити.

— І скільки разів ви ходили?

— 6 або 7 разів.

— І що? Кожного разу платили?

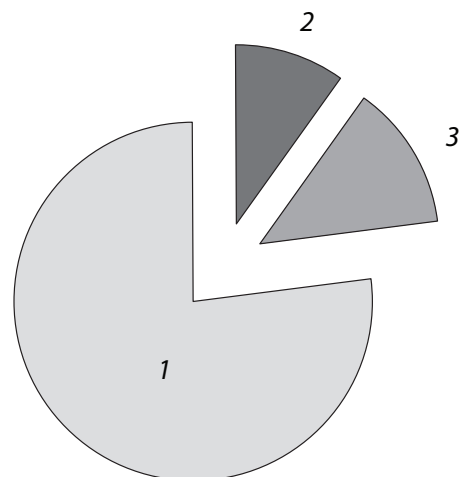
— Так, кожного разу. Нам казали, що все це платно. Так і казали — як у вашому Донецьку — все платно.

— Наскільки суттєвою для вас була ця сума?

— Звичайно суттєвою, навіть на 100% суттєвою, бо ти або купуєш поїсти, або дитину обстежуєш.

Із інтерв'ю з переселенцем

Що стосується оплати медичних послуг, більшість опитаних зазначала, що допомога була безкоштовною (77% опитаних), разом з тим часто це означало самостійне придбання ліків та інших лікарських засобів. За словами переселенців, проведення аналізів і діагностичних процедур зазвичай було платним тільки, якщо вони зверталися у приватні медичні центри і лабораторії, куди державні заклади охорони здоров'я направляли пацієнтів у випадку, коли вони самі не мали змоги провести такі дослідження. Що стосується операцій, то часто переселенці повинні були оплатити витратні матеріали, які використовувалися під час їх проведення. Ще 13% опитаних зазначали, що платили безпосередньо за медичні послуги лікарю або медсестрі. Кожен десятий переселенець сплачував за медичну допомогу у касу закладу охорони здоров'я (рис. 3). Плата в касу коливалася від 150 до 1200 гривень. Щодо плати безпосередньо лікарю або медсестрі, то вона становила від 7 до 2000 гривень.



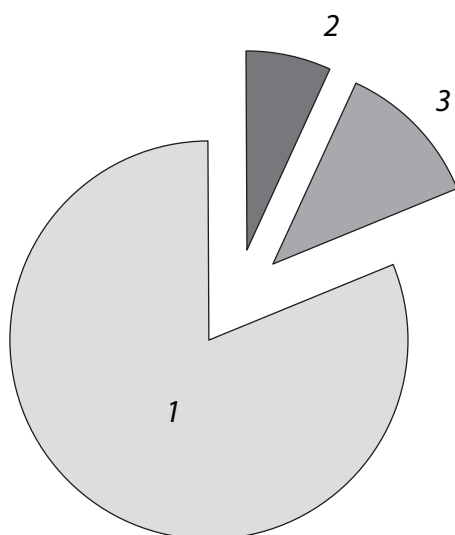
- 1 Ні, допомога була безкоштовною — 77%
 2 Так, безпосередньо лікарю/медсестрі — 13%
 3 Так, у касу ЗОЗ — 10%

Рисунок 3.

Розподіл відповідей переселенців на питання «Чи платили ви/ваші близькі за останню надану вам державну медичну допомогу?» (% до тих, хто відповів)

Загалом, більшість переселенців задоволені якістю отриманої медичної допомоги (81%). Повністю або скоріше не задоволених тільки

7% опитаних (рис. 4). В інтерв'ю люди, не зважаючи на матеріальні труднощі в оплаті медичної допомоги, відзначали добре, співчутливе ставлення працівників медичних закладів до них як до переселенців, підкреслювали уважність і людяність багатьох.



- 1 Повністю, скоріше задоволений (-на) — 81%
 2 Важко відповісти однозначно — 12%
 3 Повністю, скоріше не задоволений (-на) — 7%

Рисунок 4.

Задоволеність якістю отриманої медичної допомоги у державних закладах охорони здоров'я (% до тих, хто відповів)

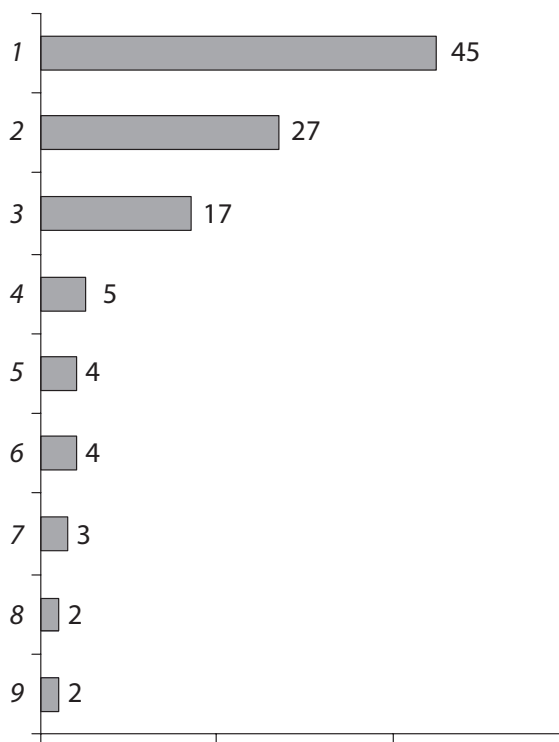
Дуже вдячна лікарям, такі чуйні, добрі, дійсно вони ставилися дуже добре. Терапевт, я б сказала, від Бога, просто як рідна людина. Вона мене сестричкою називала, я розплакалася, а вона мене заспокоювала. Я дуже вдячна, дуже!

Із інтерв'ю з переселенцем

Ми завжди з великою повагою ставилися до людей, до лікарів у даному випадку за те, що вони з нами спілкуються, бо вони нам нічого не винні. А ми людей напружували у поліклініці, а їм зарплатню за це не додадуть. Ми дякували, віталися, були привітними.

Нормальні люди завжди зрозуміють один одного.

Із інтерв'ю з переселенцем



- 1 Особливих труднощів не було
 2 Медична допомога була дуже дорогою для респондента
 3 Відсутність доступної інформації про те, де і як можна отримати допомогу
 4 Негативне ставлення медичного персоналу до респондента, як ВПО
 5 Відсутність необхідного діагностичного та лікувального обладнання
 6 Було незручно діставатися до ЗОЗ
 7 Відсутність необхідних фахівців
 8 Некваліфіковане надання медичної допомоги
 9 Формальне, халатне надання медичної допомоги

Рисунок 5.

Труднощі, з якими стикалися переселенці при отриманні медичної допомоги у закладах охорони здоров'я (% до всіх відповідей)

Підсумовуючи в цілому відповіді щодо труднощів отримання медичної допомоги у державних ЗОЗ, варто підкреслити, що у 45% переселенців відзначали, що не мали їх. Найбільшою проблемою, як і говорилося раніше, є висока вартість медичної допомоги (27% відповідей). Як перешкоду на шляху звернення

за медичною допомогою називали також відсутність доступної інформації про те, де і як її можна отримати (17%). Тільки 5% респондентів зазначали, що спостерігали негативне ставлення медичного персоналу до респондента як до внутрішньо переміщеної особи (рис. 5).

Так, ми зіткнулися з такою проблемою. Прямо нам казали, що ми нахабні, що жили до нецькі на мішках із грошима, а тепер приїхали — і квартиру нам надайте, і роботу нам надайте, не хочете ви нічого оплачувати, а повинні, як усі!

Із інтерв'ю з переселенцем

8.3. Доступ до медичних послуг найбільш уразливих категорій переселенців

За офіційними даними Департаменту охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації станом на 2 лютого 2015 року серед 123 693 зареєстрованих ВПО: дітей — 13 582; осіб похилого віку — 80 174; інвалідів — 5718. Звернулися за медичною допомогою 46 402 особи (табл. 3).

Таблиця 3. Категорії переселенців, які звернулися за медичною допомогою у 303 (в абсолютних значеннях — осіб)

Серед тих ВПО, хто звернувся за медичною допомогою	Кількість
Дорослих	31 931
Дітей	14 471
Вагітних жінок	1359
Хворих на ВІЛ/СНІД	187
Хворих на туберкульоз	168
Інсулінозалежних	338
Психічно хворих	596
Онкохворих	2102

Поранених	525
Тих, кого проліковано амбулаторно	35 918
Тих, кого госпіталізовано	10 484

Інформація щодо загальної кількості ВПО і кількості ВПО різних категорій Департаментом охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації надана не була.

За словами волонтерів, серед переселенців доволі часто можна зустріти найбільш вразливі категорії осіб, медична допомога яким є необхідною і часто такою, яку не можна відкладати. Передусім це стосується хворих на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатит, інсулінозалежних, онкологічно хворих, психічно хворих та поранених переселенців.

Найбільші проблеми, на думку як волонтерів, так і лікарів, полягають у тому, що лікування зазначених хвороб є доволі дорогим і не завжди виділене фінансування на жителів області дозволяє забезпечити належний медичний супровід пацієнтів ще й із числа внутрішньо переміщених осіб. Особливо це стосується гепатиту, онкологічних захворювань та поранень.

Госпіталізація з онкології складна тим, що потребує грошей. Відразу питають: чи є у вас кошти оплатити лікування? Безкоштовної онкологічної допомоги у нас немає. І плюс наразі у нас ідуть поранені. Поранені — це або недоліковані травми, або контузії, або не вийняті уламки. І хоча тут госпіталізація простіша, через швидку, післяопераційна допомога коштує близько 400–500 гривень на день. Звичайно, таких коштів у родичів немає.

Із інтерв'ю з волонтером

У мене онкозахворювання. Я пройшов хіміотерапію і тепер через кожні 3–4 місяці у мене легка хімія. Одні ліки — алкеран — коштують 600 гривень, якщо з рук брати. Лікар каже: у нас немає, діставайте самі. Потім ще одні ліки —

мірин, ще дорожчі: 2100 гривень упаковка коштувала. Це на місяць. Мені ще у Донецьку їх надали. Тут теж була можливість отримати, але спеціаліст, яка відповідальна за видачу цих ліків, сказала мені: — «йдіть до лікуючого лікаря». А лікуючий лікар... ну, зрозуміло, у неї своїх пацієнтів вистачає, вона каже: «Ви його вже 2 роки приймали, вам протипоказано і взагалі потрібно обстеження». Ну, збрала вона цілий консилиум лікарів і дійшло до того, що одна з лікарів каже: «Ви взагалі і хворою людиною не виглядаєте». Ну, я не став нічого заперечувати, раз вона аж до цього дійшла. Ліки я так і не отримав, досі чекаю.

Із інтерв'ю з переселенцем

Лікування таких пацієнтів часто ускладнюється ще й тим, що у переселенців немає відповідної медичної документації із зазначенням точного діагнозу, призначених ліків, їх дозування тощо.

Далеко не всі знають інсулін якої саме групи їм потрібен, тобто про це знає лікуючий лікар. Але він перебуває там... Медичні картки вони, звісно, із собою не взяли. Тобто одразу допомогти такій людині ми не можемо, бо не знаємо, що купувати.

Із інтерв'ю з переселенцем

Дослідження показало також значну проблему із наданням медичної допомоги психічно хворим. Пов'язана вона передусім із тим, що на території окупованих областей такі хворі вже якийсь час не отримували належного лікування. Адже в останні місяці штати психіатричних лікарень скоротилися до мінімуму, пацієнти просто перебували там, а не лікувалися, доки їх не почали вивозити. Якщо така людина переїхала на не окуповану частину України, маючи повну дієздатність і відповідно не маючи опікуна, можуть виникнути труднощі із облаштуванням її життєдіяльності, адже помістити її до психіатричної лікарні без її згоди неможливо. А часто такі особи, виїхавши із зони

АТО, перебувають у загостреному психоемоційному стані і відмовляються від госпіталізації у психіатричну установу.

Така людина не може самостійно винайняти собі житло, оформити соціальні пільги. Кудись улаштувати таких людей доволі складно. Немає роботи у цьому напрямку соціальних служб, які повинні цим займатися.

Із інтерв'ю з волонтером

Варто зазначити також про проблему туберкульозу, яка постає особливо гостро через декілька причин:

- велика латентність хворих, особливо серед переселенців, які не стають на облік і можуть перебувати у людних місцях, маючи відкриту форму туберкульозу;
- відсутність обов'язкового первинного медичного огляду всіх новоприбулих переміщених осіб як профілактичного заходу протидії поширенню хвороби;
- незнання багатьма людьми про небезпеку зараження, якщо якийсь час вони перебували разом із незнайомими людьми у підвалах, бомбосховищах тощо.

8.4. Співпраця державних органів та волонтерів щодо надання медичної допомоги переміщеним особам

У відповіді на інформаційний запит Департамент охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації надав перелік тих громадських організацій і волонтерських ініціатив, з представниками яких він співпрацює з питань організації медичного забезпечення внутрішньо переміщених осіб. Зокрема, станом на 16.02.2015 р. були зазначені:

- Обласна організація Червоного Хреста України;

- Обласна організація профспілки працівників охорони здоров'я України;
- Громадська організація «Харківський Фонд психологічних досліджень»;
- Харківське медичне товариство;
- Міжнародний благодійний фонд «Надія Є»;
- Благодійний фонд «Парус»;
- Група Help Army;
- Харківське обласне відділення «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»;
- Волонтерська організація «Станція Харків».

Інформація щодо взаємодії громадськості з Департаментом охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації надана не була. Разом із тим під час інтерв'ю зі співробітниками Департаменту було названо співпрацю із Благодійним фондом «Допомога Дніпра».

Слід зазначити, що як видно з відповідей волонтерів, співпраця із державними органами дещо відрізняється в різних областях. Так, за словами волонтерів, у Дніпропетровській області налагоджена більш системна співпраця із ДООЗ. Кожного дня Департамент через свого представника у центрі надання гуманітарної допомоги отримує перелік медичних потреб переселенців, які намагається задовольнити за допомогою і власних сил, і благодійних коштів.

У Департаменті збирається база даних із поіменними списками переселенців, які потребують медичної допомоги. Кожен день ми розбираємо цей список і передаємо дані до центрів медико-санітарної допомоги, для того щоб наступного дня лікарі всіх цих людей знайшли, відвідали, зв'язалися по телефону і домовилися, як ті будуть спостерігатися. І до кінця дня ми маємо зворотний зв'язок — біля кожної людини написано: знайшли, не знайшли, про що домовились.

*Із інтерв'ю і співробітником
Департаменту охорони здоров'я*

Що стосується Харківської області, то за словами волонтерів, саме їм доводиться частіше проявляти ініціативу при вирішенні тих чи інших медичних проблем внутрішньо переміщених осіб.

Я так бачу, що державні органи просто не мають ні сил, ні іноді й бажання вирішувати проблеми. От у них немає, де поселити людину, вони і кажуть — ми не заселяємо. А щоб зробити щось з цим... Не можуть дати грошей на ліки, так і кажуть — у нас немає грошей. Ось так вирішуються питання. Звичайно формально нас запрошують на усілякі зустрічі, наради. Але ми ходимо тільки на ті, де бачимо, що можемо вплинути якось на ситуацію. Тобто ходимо вибірково, не на всі. У мене зазвичай є і телефони керівного складу департаменту, але ж не будеш постійно дзвонити, це у якихось тільки надскладних проблемах.

Із інтерв'ю з волонтером

Разом із тим волонтери обох областей зазначали, що часто з метою організації медичної допомоги переселенцям вони зв'язуються не з Департаментом, а безпосередньо із лікарями конкретних ЗОЗ і вирішують частину питань «на місці». Так само і працівники медичних закладів деінде проявляють ініціативу і самі контактують із волонтерами, озвучуючи поточні проблеми у забезпеченні лікувальними засобами.

Найбільша проблема така ж сама, як і зі всіма нашими людьми — у нас немає ліків у лікарнях. У нас немає гарних, сучасних, у достатній кількості ліків. У нас навіть реанімаційні відділення просять фізрозчин, глюкозу найелементарніше, найпростіше, що тільки може бути. Те, що повинно бути не те, щоб у надлишку, але завжди повинно бути під рукою.

Із інтерв'ю з волонтером

Окрім цього, частина медиків державних лікарень та поліклінік також є волонтерами, які беруть участь у допомозі переселенцям, зокрема надають консультації, поради щодо заміни тих чи інших ліків на більш дешеві аналоги тощо. Часто допомагають і ті лікарі, які самі є внутрішньо переміщеними особами, але вже встигли працевлаштуватися у медичні заклади на неокупованій території України.

8.5. Висновки дослідження

1. Держава не має чіткої проактивної позиції щодо організації надання медичної допомоги ВПО на нових територіях проживання. Реагування на місцях залежить здебільшого від роботи департаментів охорони здоров'я і адміністрацій медичних закладів, які проявляють гуманне ставлення до цих осіб. Необхідним є розроблення Міністерством охорони здоров'я України нормативно-правового документа, який буде чітко окреслювати організацію медичної допомоги для ВПО.
2. Забезпечення ліками ВПО є однією з головних проблем під час надання медичної допомоги. В умовах фінансової кризи, АТО, обмеженого фінансування та реформування системи охорони здоров'я необхідно застосовувати певні тимчасові заходи, наприклад, у вигляді талонів (ваучерів) на визначену суму для отримання необхідних ліків уразливим категоріям осіб.
3. Відчувається слабка координація зусиль волонтерських організацій, органів управління системою охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я та міжнародних благодійних організацій. Для цього вже створено Східний кластер Всесвітньої організації охорони здоров'я на базі місії організації у Харкові. Peer-to-peer формат такої роботи дозволяє швидко та ефективно приймати правильні управлінські рішення щодо поліпшення доступу до медичної допомоги.
4. Практично відсутнє системне залучення студентів медичних вишів до надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. Це, з одного боку, досить серйозно розвантажило б волонтерів і працівників закладів охорони здоров'я. З іншого боку, студенти могли б отримувати різнобічну практику, починаючи від проведення консультацій і закінчуючи наданням швидкої медичної допомоги.

Заклучна
ЧАСТИНА

Розділ 9

МОНІТОРИНГ ДОТРИМАННЯ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я В ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ЗА УЧАСТІ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРЕВЕНТИВНОГО МЕХАНІЗМУ

Катування і жорстоке поводження є гачнебним явищем сучасного світу. Упродовж багатьох десятиліть міжнародна спільнота намагається розв'язати цю проблему, ухвалюючи різні правові акти з питань протидії катуванням та створюючи відповідні інституціональні механізми, які мають забезпечити виконання цих актів. Порівняно новим підходом, який, проте, вже довів свою ефективність у напрямі запобігання катуванням та жорсткому поводженню, є **національний превентивний механізм**, передбачений **Факультативним протоколом до Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання**, який було прийнято 18 грудня 2002 року. Головна ідея національного превентивного механізму полягає у запровадженні системи регулярних, незалежних відвідувань будь-якого місця, що перебуває під юрисдикцією та контролем держави, де утримуються чи можуть утримуватися особи, позбавлені волі за розпорядженням державного органу чи за його вказівкою або з його відома чи мовчазної згоди. Ці відвідування здійснюються з метою посилення, за

необхідності, захисту зазначених осіб від катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання. Моніторингові відвідування місць несвободи незалежними експертами мають стримуючий вплив на державні органи й, відповідно, мінімізують ризик для осіб, позбавлених волі, стати жертвою неналежного поводження та катування.

Як відомо, Україна ратифікувала Факультативний протокол 21 липня 2006 року. 9 серпня 2012 року було внесено до Верховної Ради України проект Закону України «Про внесення змін до Закону України „Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини“ щодо національного превентивного механізму», яким на Уповноваженого поклалися функції національного превентивного механізму. Зазначений Закон був прийнятий Верховною Радою України 2 жовтня 2012 року та набрав чинності 4 листопада 2012 року.

Після громадського обговорення за участі відомих національних та міжнародних експертів було ухвалено рішення про запровадження в Україні Національного превентивного меха-

нізму (далі — НПМ) у форматі «Омбудсмен +», який передбачає здійснення моніторингових візитів до місць несвободи працівниками офісу Омбудсмена спільно з активістами громадянського суспільства.

25 травня 2012 року в новій структурі Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини було утворено спеціалізований структурний підрозділ — Департамент з питань реалізації національного превентивного механізму.

9.1. Департамент НПМ

Основним завданням Департаменту є забезпечення реалізації повноважень Уповноваженого у сфері здійснення парламентського контролю за дотриманням права на захист від катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання (далі — неналежне поводження) відповідно до вимог Факультативного протоколу до Конвенції проти катувань та іншого жорстокого, нелюдського або такого, що принижуює гідність, видів поводження і покарання.

Департамент відповідно до покладеного на нього завдання:

- здійснює моніторинг дотримання права на захист від неналежного поводження, надає пропозиції Уповноваженому щодо вжиття заходів парламентського контролю з метою забезпечення прав і свобод людини;
- організовує та здійснює систематичні (планові та позапланові) відвідування місць несвободи з метою попередження неналежного поводження, в тому числі спільно з представниками неурядових громадських організацій;
- за дорученням Уповноваженого здійснює заходи щодо ефективного реагування на порушення права на захист від неналежного поводження;
- аналізує стан дотримання прав людини в місцях несвободи, готує аналітично-інформаційні матеріали з питань неналежного поводження та вносить пропозиції Уповноваженому для відповідного реагування;
- бере участь у підготовці щорічних і спеціальних доповідей Уповноваженого;
- бере участь у підготовці проектів конституційних подань Уповноваженого до Конституційного Суду України, подань до Президента України, Голови Верховної Ради України, Прем'єр-міністра України, Генерального прокурора України, керівників державних органів, органів місцевого самоврядування, проектів листів та інших актів реагування Уповноваженого з метою запобігання порушенням прав людини і громадянина або сприяння їх поновленню та здійснює контроль за їх реалізацією;
- бере участь у підготовці пропозицій щодо розробки і, за дорученням Уповноваженого, розробляє законопроекти та проекти інших нормативно-правових актів, необхідних для запобігання порушенням права на захист від неналежного поводження або сприяння їх поновленню;
- розглядає звернення громадян з питань, що належать до компетенції Департаменту, готує пропозиції щодо відкриття провадження у справах про порушення прав людини та здійснює реалізацію відкритих проваджень;
- здійснює опрацювання, облік, аналіз, вивчення або перевірку, за необхідності — з виїздом на місце, звернень громадян до Уповноваженого з питань, які належать до компетенції Департаменту;
- за дорученням Уповноваженого надсилає звернення громадян за належністю до відповідних органів з рекомендаціями щодо дотримання стандартів у галузі пра-

ва на захист від неналежного поводження та контролює розгляд таких звернень;

- за дорученням Уповноваженого бере участь у перевірках стану додержання прав на захист від неналежного поводження органами державної влади та місцевого самоврядування;
- за дорученням Уповноваженого роз'яснює заходи, яких має вжити особа, що подала звернення до Уповноваженого;
- у межах функцій Департаменту за дорученням Уповноваженого співпрацює з неурядовими громадськими організаціями;
- у межах функцій Департаменту за дорученням Уповноваженого співпрацює з органами державної влади та місцевого самоврядування, їх консультативно-дорадчими органами у сфері попередження та протидії порушенням права на захист від неналежного поводження;
- через працівників Департаменту, відповідне робоче місце яких визначено наказом Уповноваженого, здійснює виконання завдань, покладених на Секретаріат, в окремих адміністративно-територіальних одиницях України;
- за дорученням Уповноваженого здійснює у встановленому порядку прийом громадян;
- бере участь у підготовці інформаційних повідомлень для їх розміщення на офіційному веб-сайті Уповноваженого.

Права Департаменту:

- залучати в установленому порядку до участі у вивченні окремих питань дотримання права на захист від неналежного поводження науковців, міжнародних експертів, представників органів державної влади, місцевого самоврядування та неурядових громадських організацій;
- за дорученням Уповноваженого вимагати від посадових і службових осіб органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій незалежно від форми власності сприяння проведенню перевірок діяльності щодо дотримання прав людини підконтрольних і підпорядкованих їм підприємств, установ, організацій, виділення фахівців для участі у проведенні перевірок, експертиз і надання відповідних висновків;
- за дорученням Уповноваженого запрошувати посадових і службових осіб, громадян України, іноземців та осіб без громадянства для отримання від них усних або письмових пояснень щодо обставин, які перевіряються у справі про порушення права на захист від неналежного поводження;
- за дорученням Уповноваженого порушувати перед керівниками органів державної влади та місцевого самоврядування питання щодо виконання актів реагування Уповноваженого в установлені строки;
- за дорученням Уповноваженого безперешкодно і без попереднього узгодження в будь-який час відвідувати органи державної влади та місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації незалежно від форм власності, будь-які приміщення, в яких утримуються або можуть утримуватися люди в стані несвободи, опитувати осіб, які там перебувають, та отримувати інформацію щодо умов їх тримання;
- за дорученням Уповноваженого ознайомлюватися з документами, у тому числі

з тими, що мають обмежений доступ, та отримувати їх копії в органах державної влади, місцевого самоврядування, об'єднаннях громадян, на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності, органах прокуратури, включаючи справи, які знаходяться в судах;

- уповноважені посадові особи Департаменту відповідно до норм адміністративного законодавства та на передбачених законодавством підставах мають право складати протоколи про адміністративні правопорушення;
- використовувати державні, у тому числі урядові, системи зв'язку і комунікації, а також статистичну інформацію Секретаріату;
- брати участь у нарадах та інших заходах з питань дотримання права на захист від неналежного поводження, що проводяться у Секретаріаті, та за дорученням Уповноваженого — у заходах, що проводяться в інших органах влади та місцевого самоврядування.

9.2. Що таке «місця несвободи»?

Місця несвободи — це такі місця, куди людина потрапляє за рішенням державного органу і які вона не може залишити за власним бажанням.

Перше, що спадає на думку, коли ми говоримо про місця несвободи, — це в'язниці, СІЗО, ізолятори тимчасового тримання тощо.

Однак чи є цей перелік вичерпним? Адже поняття «місця несвободи» значно ширше, ніж поняття «місця позбавлення волі». Це не тільки заклади, де позбавлення волі передбачено як покарання, але й ті місця, де люди перебувають під опікою держави.

Саме тому до місць несвободи також відносять психіатричні заклади, дитячі будинки-інтернати, пансіонати для людей похилого віку

та людей з інвалідністю, пункти тимчасового розміщення біженців, соціально-реабілітаційні центри, військові частини та ін.

Сьогодні в Україні нараховується більше 6 тис. місць несвободи. У них можуть перебувати близько 1 млн. людей на рік.

Місця несвободи

Арештні дома;	Психоневрологічні інтернати;
Будинки дитини;	Пункти тимчасового перебування іноземців;
Будинки-інтернати для громадян похилого віку;	Пункти тимчасового тримання прикордонної служби;
Виправні колонії;	СІЗО;
Виховні колонії;	Спеціальні вагони (вагонзаки);
Геріатричні пансіонати;	Спеціальні палати в медичних закладах;
Дитячі будинки;	Спеціальні приміщення прикордонної служби;
Ізолятори тимчасового тримання;	Станіонарні відділення територіальних центрів соціального обслуговування;
Камери для підсудних у судах;	Територіальні центри соціального обслуговування;
Кімнати для тимчасово затриманих;	Школи соціальної реабілітації;
Міські, районні, лінійні органи внутрішніх справ;	Школи-інтернати.
Приймальники-розподільники для дітей;	
Притулки для дітей;	
Психіатричні (психоневрологічні) лікарні;	

9.3. Моніторингові візити до «місць несвободи» представників Департаменту Національного превентивного механізму Омбудсмена України

Моніторингові візити здійснювались до місць несвободи, які визначені Національним превентивним механізмом, серед яких:

1. Будинки дитини.
2. Дитячі будинки.

3. Геріатричні пансіонати¹.
4. Хоспіси, відділення або палати паліативної допомоги, протитуберкульозні диспансери також мають бути розглянуті як умовні «місця несвободи», оскільки пацієнти, які в них перебувають, потребують особливої уваги правозахисників з погляду дотримання їх прав. Ця особлива увага обумовлена закритістю від контролю суспільства умов життя пацієнтів зазначених закладів та отримання ними медичної, соціальної допомоги.

Попередній аналіз, який був проведений ГО «Інститут правових досліджень і стратегій», свідчив про те, що у «медичних закладах несвободи» порушуються права людини у розумінні Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права та Конвенції про захист прав людини й основоположних свобод.

- 1. Порушення ст. 12** Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права: право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я.

Причини:

- Відмова у наданні знеболюючих лікарських засобів.
- Непоширеність патронажних сервісів.

Недотримання основних обов'язків Держави. Зауваження загального порядку 14²:

- (a) забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп;
- (d) забезпечувати основними медикаментами, які час від часу визначаються в Про-

грамі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів.

- 2. Порушення ст. 3** Конвенції «**Заборона катування**»: відмову в наданні адекватних знеболюючих засобів можна розглядати як катування або нелюдське чи таке, що понижує гідність, поводження з хворою особою (паліативні хворі).

1. Моніторингові візити до дитячих закладів у Запорізькій області

11 жовтня 2013 року до голови експертної групи з питань медичної реформи Консультативної Ради при Уповноваженому ВР з прав людини надійшло звернення від благодійного фонду «Щаслива дитина».

У зверненні йшлося про такі факти порушення прав тих дітей, які позбавлені батьківського піклування та перебувають у Дитячих будинках та Будинках дитини-інтернатах.

1. Про відсутність реабілітаційних програм для дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП).
2. Про відсутність паліативної допомоги дітям із важкими неврологічними захворюваннями.

За Українським законодавством дітей, які позбавлені батьківського піклування, після досягнення ними віку 4–7 років, переводять із закладів, що підпорядковані МОЗ (Будинки дитини), до закладів, що підпорядковані Мінсоцполітики (Дитячі будинки-інтернати). Але для дітей із вадами розвитку цей порядок є смертельно небезпечним.

У Запорізькій області на той час склалася ситуація, коли медичний фаховий нагляд та певний обсяг реабілітаційних заходів надавались у дитячому будинку «Сонечко», розташованому у самому місті Запоріжжя. Коли дітей за віком переводили до дитячого

¹ <http://www.npm.org.ua/ua/miscja-nesvobodi/>

² <http://www.npm.org.ua/ua/miscja-nesvobodi/>

будинку-інтернату (Чернігівський дитячий будинок-інтернат, село Калинівка, Запорізька область), який розташований на відстані 150 км від Запоріжжя у селі, то проведення ніяких медичних або реабілітаційних заходів було неможливим.

Про це йдеться у зверненні: «Дети из дома ребенка «Солнышко» попадают в Калиновку и там из плохо передвигающихся становятся сидячими, а из плохо сидячих — лежачими. Правда, есть такие, которые туда отправляются просто умирать. Дети, у которых масса врожденных патологий, отправляются в интернат, где им не могут в полной мере оказать медицинскую помощь. Выживает сильнейший, а потому самые слабые в Калиновке умирают. Так, из трёх детей, одновременно поступивших из дома ребенка «Солнышко» два года назад, сегодня живет только одна девочка».

Також в області не існує паліативного відділення для хворих на онкологічні хвороби дітей, про що також йдеться у зверненні.

Для з'ясування обставин звернення до Запорізької області було направлено представників НПМ, які відвідали у грудні 2013 року будинок дитини «Сонечко» — м. Запоріжжя, Чернігівський дитячий будинок інтернат, село Калинівка, Запорізька область, та Кіровський будинок інвалідів, село Кіровське, Запорізька область.

Засоби реагування:

За матеріалами цього моніторингового візиту було здійснено подання Уповноваженого ВР з прав людини до Запорізької обласної держадміністрації про усунення виявлених порушень прав дитини.

28.08.2104 р. було здійснено повторний візит до Чернігівського дитячого будинку інтернату, село Калинівка, Запорізька область.

Було встановлено, що усіх дітей, які потребували медичного догляду та комплексу реабілітаційних заходів, було переведено до будинку дитини «Сонечко», у м. Запоріжжя.

2. Моніторинговий візит до Миколаївського обласного протитуберкульозного диспансеру

03.12.2014 р. відбувся моніторинг Миколаївського обласного протитуберкульозного диспансеру, в якому було заявлено наявність паліативного відділення.

Встановлено:

1. Ліцензія на обіг наркотичних та психотропних препаратів у лікувального закладу є, але у відділенні немає запасу наркотичних знеболюючих препаратів. У випадках необхідності звертаються до реанімаційного відділення, з якого приносять препарати.
2. Відділення розраховане на 60 ліжок. Згідно з «Положенням про госпіталізацію хворих у відділення МОПТД» там лікуються хворі на туберкульоз легенів, що перебувають на *паліативному лікуванні та хоспісному утриманні*.
3. Хворі потрапляють у відділення на паліативне лікування та хоспісне утримання із запущеним хронічним розповсюдженим туберкульозним процесом, з ВІЛ-асоційованим туберкульозом з вираженими симптомами легенево-серцевої та поліорганної недостатності, а також з іншими важкими захворюваннями. Таким хворим показана лише симптоматична, патогенетична терапія та індивідуальний нагляд.
4. Диспансерний нагляд та своєчасне обстеження ВІЛ-інфікованих на туберкульоз недостатнє, на амбулаторному етапі вчасно не призначається ВААРТ, що приводить до генералізації туберкульозного процесу та летальних наслідків.
5. Украй низька лояльність хворих до лікування як в умовах стаціонару, так і на амбулаторному етапі, що спричиняє поширення процесу та розвиток ускладнень. Це пов'язано з такими аспектами, як соціальний статус хворих («бомжі», хворі з інших областей), супутні захворювання, зо-

крема наркоманія, хронічний алкоголізм, психічні захворювання. Такі хворі регоспіталізуються у важкому стані, а проведення інтенсивної терапії не дає ефекту. Частка хворих госпіталізується за рішенням суду, але маючи вкрай низьку лояльність до лікування, вони припиняють лікування.

6. Відсутність у стаціонарі відділення закритого типу унеможлиблює лікування хворих, залежних від алкоголю та наркотиків, що також призводить до погіршення стану здоров'я, збільшення терміну лікування, додаткових витрат медпрепаратів та підвищення летальності.

Аналіз ефективності роботи відділення:

1. Ефективність лікування не розрахована, у зв'язку зі специфікою відділення, де хворі отримують паліативну допомогу.
2. На лікуванні також перебувають особи без постійного місця проживання, які своєчасно не обстежувались і ставилися безвідповідально до свого здоров'я, зловживали алкоголем, наркотиками, що ускладнювало їх своєчасну госпіталізацію. Протягом півроку пролікувалось 23 таких хворих.
3. Частина хворих, які довготривалий час ухилилися від лікування, направлена за рішенням суду і потребує тривалого терміну лікування.
4. Усі хворі, госпіталізовані до відділення, крім ВІЛ-інфекції та туберкульозу, мали важкі супутні захворювання, такі як хронічні гепатити змішаного генезу, алкоголізм та наркоманія, у тому числі деякі отримували ЗПТ (метадол; еднок; метадікт); генералізований кандидоз; венеричні захворювання; ТОРЧ-інфекції; розлади психіки та нервової системи.
5. Викликає занепокоєння відсутність запасу наркотичних знеболюючих засобів у відділенні, в якому перебувають хворі на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз з важкими супутніми захворюваннями. Адже усі ці стани

можуть супроводжуватись значним больовим синдромом.

6. Хворі, які не дотримувались режиму лікування та самовільно залишили стаціонар, або які виписані на вимогу родичів, або які раніше відмовлялися від стаціонарного лікування та переривали лікування, — усі вони були переведені на паліативне лікування.
7. Недостатня робота мультидисциплінарної команди (психолога та соціального працівника) з роз'яснення хворим особливостей паліативної допомоги, що налаштовує хворого на негативне ставлення до перебування у паліативному відділенні, внаслідок чого багато хворих залишають відділення та помирають удома.
8. Лікувальний заклад має ліцензію на оборот наркотичних та психотропних лікарських засобів, але всупереч чинному законодавству не забезпечив запасу наркотичних лікарських засобів у відділенні паліативної допомоги.

Висновки та рекомендації до Миколаївської обласної державної адміністрації:

1. Забезпечити постійну наявність запасу наркотичних лікарських засобів у відділенні паліативної допомоги.
2. Організувати роботу мультидисциплінарної команди, до складу якої мають входити психолог та соціальний працівник.
3. Лікарів відділення паліативної допомоги направити до навчально-тренінгових центрів в Івано-Франківську або у Харкові для підвищення обізнаності у сфері паліативної допомоги, її основних принципів.

Зворотний зв'язок: На цей час надійшла відповідь від МОЗ України про те, що у відділенні паліативної допомоги працює психолог на 0,25 ставки, який проводить «персональні бесіди та лекції з хворими».

3. Моніторинговий візит до будинку дитини «Антошка» (м. Краматорськ, Донецька область)

29 січня 2015 року моніторингова група відвідала Краматорський будинок дитини «Антошка» Донецької області, що розміщений за адресою: м. Краматорськ, вул. Палацова, 67 а.

Моніторинговий візит виявив:

У закладі проживають 110 дітей віком від 1 місяця до 4 років із різною патологією. Наразі спеціалізовану медичну допомогу малюкам будинку дитини надають заклади охорони здоров'я м. Краматорська, у тому числі і лабораторні обстеження. Але в місті відсутні заклади, що забезпечують високоспеціалізовану медичну допомогу та відповідні обстеження.

У закладі перебуває станом на 29 січня 2014 року 14 ВІЛ-позитивних дітей, які приймають антиретровірусну терапію.

Проблеми з постачанням препаратів АРТ.

Антиретровірусну терапію малюки отримували з Донецького обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, але у зв'язку з АТО Донецький СНІД-центр, який видає препарати АРТ, наразі перебуває на території, непідконтрольній Уряду України. З грудня 2014 року почалися проблеми з постачання АРТ з м. Донецьк до Краматорського будинку дитини. 15 грудня 2014 року за допомогою соціальних працівників БО «Клуб „Світанок“» препарати були доставлені в будинок дитини з розрахунку на 1 місяць. 21.01.2015 у м. Краматорську під час засідання виконкому міської ради головний лікар КУОЗ «Краматорський будинок дитини „Антошка“» А. Романов поінформував присутніх про те, що в будинку дитини закінчуються препарати, які життєво необхідні дітям, інфікованим ВІЛ. Спеціальних ліків залишилося на 5 днів, а у закладі перебуває 14 дітей. У разі припинення специфічного лікування здоров'я дітей опиниться під

загрозою. Головний лікар повідомив, що адміністрація закладу зверталася до всіх міжнародних організацій із проханням допомогти вивести хоча б частину необхідних препаратів з окупованого Донецька, але наразі це питання не вирішено. На момент моніторингового візиту запас специфічних препаратів був наявний на 14 днів.

У будинку дитини є лікар-педіатр, який пройшов спеціальне навчання і є відповідальним за організацію проведення профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфікованих дітей та дітей, хворих на СНІД, опортуністичні інфекції та своєчасність диспансерного обліку дітей, які народжені ВІЛ-позитивними матерями.

Виявлені проблеми і недоліки:

1. Проблеми з забезпеченням антиретровірусного лікування дітей з ВІЛ-інфекцією та наданням їм специфічної діагностики (СД-4, вірусне навантаження).
2. Відсутність у місті закладів, що забезпечують високоспеціалізовану медичну допомогу та відповідні обстеження для всіх дітей, які їх потребують, для проведення кардіохірургічних втручань при вроджених вадах серця, операцій зі зрощення твердого та м'якого піднебіння тощо.
3. Системна проблема, за визначенням персоналу закладу, полягає в тому, що при досягненні 4-річного віку дітей необхідно передавати у дитячий будинок, який підпорядковується Мінсоцполітики, саме це впливає на рівень дитячої смертності.

Рекомендації щодо розв'язання виявлених проблем й усунення недоліків:

ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»:

1. Забезпечити координацію розподілу АРТ-препаратів та забезпечити безперервним лікуванням дітей з ВІЛ-інфекцією, які пере-

бувають у КУОЗ «Краматорський будинок дитини „Антошка“»;

2. Забезпечити специфічною діагностикою (СД-4; ВН) дітей з ВІЛ-інфекцією, які перебувають у КУОЗ «Краматорський будинок дитини „Антошка“».

Керівництву Донецької обласної державної адміністрації:

1. У разі ескалації бойових дій біля м. Краматорськ у першу чергу забезпечити евакуацію в безпечне місце дітей КУОЗ «Краматорський будинок дитини „Антошка“».

4. Моніторинговий візит до Мукачівської центральної районної лікарні (геріатричне та онкологічне відділення), Закарпатська область

Моніторинговий візит виявив такі недоліки:

1. Геронтологічне відділення «Хоспіс» не надає паліативної допомоги у розумінні визначення ВООЗ.

Відділення фактично надає послуги геріатричного закладу, адже пацієнти із соматичними захворюваннями перебувають у відділенні досить тривалий час, навіть інколи більше року.

У той же час паліативний хворий, який потребує для зняття больового синдрому призначення наркотичних та знеболюючих засобів, може отримати знеболення тільки в онкологічному відділенні та лише за наявності вільних місць і погодження з завідувачем відділення.

Таким чином, у геронтологічному відділенні «Хоспіс» наркотичні знеболюючі засоби не призначаються.

2. У ЦРЛ відсутній механізм призначення наркотичних препаратів пацієнтам, які виписуються з онкологічного відділення додому.

3. Порушено право на вільний вибір лікаря, лікувального закладу та методів лікування.

При вибірковій перевірці медичної документації було з'ясовано, що направлення на стаціонарне лікування пацієнтки К. містить тільки підпис лікаря, а печатки закладу та печатки лікаря немає, що свідчить про формальний характер оформлення документації лікарем, який направив пацієнтку на лікування до хоспісного відділення, та про недосвідченість персоналу ЦРЛ стосовно наявності/відсутності законних підстав на госпіталізацію пацієнта.

Відсутня інформаційна згода пацієнта на лікування. В історії хвороби пацієнта К. є інформована згода на медичне втручання, що суперечить діючим нормативно-правовим актам, а саме: затвердженій наказом МОЗ від 14.02.2014 р. формі первинної облікової документації № 003-6/о (інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення). Зразків даної форми в історії хвороб пацієнтів у відповідних відділеннях ЦРЛ не було.

4. Порушення права пацієнтів на харчування:

- у ході моніторингу пацієнти скаржились, що у них відсутня можливість підігріву їжі та води. Відсутній вільний доступ до кип'яченої води (вода в раковині, але висновку санепідемстанції про можливість її вживання ми не бачили);
- на кухні та в їдальні онкологічного відділення відсутнє меню;
- у геронтологічному відділенні «Хоспіс» узагалі відсутня їдальня та роздаткова, їжу пацієнтам роздають у коридорі.

5. Відсутність можливості дотримання особистої гігієни.

Під час спілкування з пацієнтами як онкологічного, так і хоспісного відділень з'ясувалось, що всупереч наявності добре обладнаної санітарної кімнати (є душові кабінки, умивальник, постійна гаряча вода)

помитися неможливо, оскільки в цій кімнаті дуже холодно. На що адміністрація закладу відповіла, що пацієнти мають право виходу додому на вихідні, тому вони можуть прийняти водні процедури саме вдома.

6. Відсутність спеціальних засобів та обладнання для людей з особливими потребами.

У санітарних вузлах відсутні спеціальні умови для підопічних з особливими потребами (лежаки, стільчики, поручні тощо), що не відповідає міжнародним стандартам.

Реагування на виявлені недоліки:

1. Листа з інформацією про виявлені недоліки направлено до МОЗ України.
2. Отримано відповідь від МОЗ України про усунення недоліків:
 - призначено нового головного лікаря Мукачівської центральної районної лікарні.
 - проведено заняття з лікарями відділень онкології та «Хоспіс» про дотримання вимог оформлення первинної облікової документації. Вказано на необхідність деталізації лікувальних і трудових рекомендацій, особливо щодо призначення лікарських засобів, знеболюючих препаратів при амбулаторному лікуванні.
 - звернуто увагу на неприпустимість відсутності детальних рекомендацій хворому щодо знеболення вдома.
 - поліпшені умови забезпечення прав пацієнтів на харчування і вільний доступ до питної води.
 - за рахунок залучених і спонсорських коштів душові кабінети обладнані спеціальними засобами (кріслом для осіб з особливими потребами).
 - в онкологічному відділенні замінено старі вікна на теплозберігаючі пластикові в кількості 38. Температурний режим забезпечується належним чином (що надає можливість у холодний період року митися в душі).

- у виписках хворих, які потребують надалі знеболення в амбулаторних умовах, будуть чітко формулюватись рекомендації про призначення знеболюючих засобів, у тому числі, наркотичних.

5. Моніторинговий візит до обласного Будинку дитини, м. Свалява Закарпатська область

Кількість вихованців: 110 дітей. Кількість груп — 10 (5 загального профілю для здорових дітей, 3 групи медико-соціальної реабілітації та 2 групи неврологічного профілю). Віковий склад вихованців: від народження до трьох років. Діти з інвалідністю перебувають у закладі до чотирьох років. У групі від 7 до 14 дітей.

Висновки:

1. Побутові умови задовільні.
2. Вартість медичного забезпечення на одну дитину в день становить за нормою 2,49 грн. (!)
3. У закладі є такі спеціалізовані кабінети: логопедичний, терапевтичний, кабінети для роботи психолога, логопеда, процедурний, масажний, фізіотерапевтичний, кабінет для занять ЛФК.
4. Наявний басейн, однак наразі він не функціонує, позаяк потрібно забезпечити критий і утеплений перехід до басейну. Натомість є кабінет гідрокінезії, в якому наявне обладнання для проведення гідромасажу, загартовування, плавання.
5. Ліцензія на обіг наркотичних та психотропних препаратів відсутня. Заклад створювався як БД загального профілю. Дітей, які потребували б регулярного застосування наркотичних та психотропних препаратів, в установі до 2013 року не було. Упродовж останнього року у БД поступив 1 хлопчик з ДЦП та епілептичним синдромом, який періодично має напади та потребує введення сибазону. У разі необхідності надання такої допомоги його доправляють на транспорт-

ному засобі Будинку дитини (три одиниці) до районної лікарні.

6. Будинок дитини на договірній основі співпрацює із ЦРЛ щодо проведення лабораторних досліджень.
7. Після досягнення 3 років 11 місяців діти, які не мають фізичних та розумових вад, направляються до Чинадіївського дитячого будинку, що перебуває у віданні Міністерства освіти і науки України, інші — до Вільшанського дитячого будинку-інтернату Міністерства соціальної політики України. Упродовж трьох останніх років до Вільшанського ДБІ направлено 5 важко хворих дітей.
8. Згідно із щорічним звітом за формою № 25 у 2013 році в будинку дитини померла одна дитина, хоча персонал та головний лікар стверджували, що з 2010 року випадків смерті дітей в установі не було.

Рекомендації:

1. Отримати ліцензію на обіг наркотичних та психотропних препаратів.

6. Моніторинговий візит до відділення паліативної допомоги 4-ї міської клінічної лікарні м. Львова

Під час моніторингу у відділенні перебувало 23 пацієнти.

Виявлені проблеми і недоліки:

1. Як порушення п. 3.1 Порядку надання паліативної допомоги, затвердженого наказом МОЗ від 21.01.2013 р. № 41, пацієнти до відділення паліативної допомоги лікарні направляються **за заявою дітей, племінниці, похресниці тощо.**
2. Вибірковим дослідженням медичної документації встановлено, що згода на госпіталізацію для надання паліативної допомоги у стаціонарних умовах та інформована до-

бровільна згода пацієнта **не підписані пацієнтами взагалі.**

3. У відділенні відсутні запаси наркотичних лікарських засобів, тому що на стаціонарному лікуванні перебувають невиліковно хворі пацієнти без виразного больового синдрому. У випадку загострення больового синдрому у пацієнтів лікарі викликають швидку медичну допомогу.

Але під час візиту моніторингова група спостерігала за активним облаштуванням кабінету для зберігання наркотичних препаратів відповідно до чинного законодавства.

4. У штатному розкладі відділення посада лікаря-психотерапевта не передбачена, що не відповідає додатку 50 наказу МОЗ № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
5. Біля будівлі відділення лікарні є невелика територія із зеленими насадженнями (хвойними деревами), однак пацієнти не мають змоги перебувати на прогулянковому дворіку через важкодоступність та непристосованість приміщень до потреб малорухомих пацієнтів та відсутність засобів для переміщення між поверхами, що не відповідає вимогам Державних будівельних норм України (ДБН В.2.2-17:2006) «Будинки і споруди. Доступність будинків і споруд для маломобільних груп населення».
6. У 2014 р. проведено проектування та розроблено кошторис зі встановлення ліфта, однак, через брак коштів проект досі не реалізований, важкохворих пацієнтів працівники та родичі доставляють на 3-й поверх на ношах та гамаках. З цієї ж причини прогулянка пацієнтів на свіжому повітрі є неможливою.
7. Виявлено велику скупченість пацієнтів у палатах.
8. У палатах немає індивідуальних шаф для одягу, одяг зберігається у спільних шафах у коридорі.

9. У паліативному відділенні не має ритуальних приміщень, кімнат для молитов, однак, за словами працівників, священники різних конфесій відвідують пацієнтів за їхнім бажанням та за необхідності.

Рекомендації:

1. Привести у відповідність до чинного законодавства наказ Управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації від 27.06.2008 р. № 248-В «Затвердження Порядку направлення та госпіталізації пацієнтів для надання паліативної допомоги у стаціонарних умовах» в частині законних підстав для надання паліативної допомоги пацієнту в стаціонарних умовах, та перелік відповідних документів, які вимагатимуться у пацієнтів та законних представників згідно з чинним законодавством.
2. Вжити заходів щодо пришвидшення обладнання кімнати для зберігання наркотичних засобів у відділенні.
3. Передбачити у штатному розкладі посаду лікаря-психолога та соціального працівника.
4. Вжити заходи щодо пристосування приміщень до потреб малорухомих пацієнтів, зокрема міжповерхового простору та безперешкодного доступу до свіжого повітря.
5. Розглянути питання щодо збільшення житлової площі в розрахунку на одного пацієнта.
6. Розглянути питання щодо збільшення кількості індивідуальних шаф для одягу в палатах.
7. Вжити заходи щодо проведення необхідних ремонтних робіт у їдальні.
8. Вжити заходи щодо обладнання ритуального приміщення або кімнати для молитов.
9. Вжити заходи щодо організації дозвільних заходів для пацієнтів: установити у палатах телевізори чи радіоприймачі.

7. Моніторинговий візит до Хоспісного відділення Київської міської клінічної лікарні № 10

Встановлено такі факти:

1. Відповідно до Порядку надання паліативної допомоги, затвердженого наказом МОЗ від 21.01.2013 р. № 41, Хоспісне відділення Київської міської клінічної лікарні № 10 (далі — Хоспіс) має сертифікат державної акредитації закладу охорони здоров'я, ліцензії МОЗ на право провадження господарської діяльності з медичної практики, з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і перкурсорів.
2. На момент проведення моніторингу у Хоспісі не було пацієнтів, яким би було призначено наркотичні препарати. Однак у сейфі зберігалось 2 ампули наркотичних препаратів.
3. Хоспіс розраховано на 70 ліжок. Під час моніторингу нараховувалося 73 пацієнти.
4. У Хоспісі не було практики виписки пацієнта, який потребував би ін'єкцій наркотичних препаратів.
5. У штатному розкладі хоспісного відділення, як і клінічної лікарні, відсутня посада юриста. Родичі самостійно запрошують нотаріуса для здійснення різних нотаріальних дій за участі завідувача відділення, а в разі його відсутності — чергового лікаря.
6. У відділенні тісно співпрацюють з представниками релігійної громади. Пацієнти, які не мають родичів, висловлюють бажання стосовно оформлення довіреностей на представників релігійної громади для отримання ними їхніх пенсій. Працівники релігійних громад, у свою чергу, отримують пенсійні виплати пацієнтів, закупають та дуже часто їх приносять продукти харчування (оскільки холодильників немає), а також засоби гігієни, періодичні видання тощо.

Оскільки у Хоспісі немає пацієнтів, які б перебували під дією наркотичних препаратів, тому враховувати це при проведенні нотаріальних дій недоцільно.

7. У Хоспісі існує благодійний фонд, до якого, зі слів персоналу, родичі пацієнтів добровільно здають кошти (від 50 до 500 гривень).

Умови перебування:

Під час моніторингу в палатах температура повітря становила +14... +15 °С. У пацієнтів за такої низької температури було тільки по одній тоненькій ковдрі. Додаткову ковдру нікому не видавали. По дві ковдри мали тільки ті пацієнти, у яких є родичі.

Ліжка у палатах були двох видів: функціональні та з панцерною сіткою. Як правило, ліжка з панцерною сіткою розміщено на другому поверсі, де перебувають особи без постійного місця проживання. І самі кімнати на другому поверсі не відремонтовані, брудні. Пацієнти, які пересуваються на кріслі-колясці та перебувають на другому поверсі, не мають доступу до свіжого повітря. **Це є доказом упередженого ставлення медичного персоналу до деяких груп осіб**, які перебувають у хоспісі, а саме до бездомних людей, а також осіб, які вийшли з місць позбавлення волі.

У коридорах лінолеум подертий, залатаний. У палатах помічено павутиння над ліжками та під ними. У деяких палатах умивальники були демонтовані й лежали на підлозі.

Досить тривалий час немає гарячої води і, невідомо, коли з'явиться. Два бойлери, які подарували волонтери, ще не підключено.

У душовій кімнаті між душовими лійками відсутні перегородки. Однак душові кімнати на першому та другому поверхах дуже відрізняються. На другому поверсі сантехніку необхідно терміново замінити, а саме прибищення душової потребує капітального ремонту. Така сама ситуація спостерігається і з вбиральнями.

У тяжко хворих підопічних є крісла-стілці із санітарним оснащенням, а решта користується підгузками.

Ще недоліки умов перебування:

- відсутність гарячої води, що ускладнює вільний доступ до гігієнічних процедур;
- неналежний доступ малорухомих пацієнтів до свіжого повітря;
- неналежний доступ до питної води у спальних приміщеннях;
- розміщення деяких ліжок упритул одне до одного;
- відсутність окремих індивідуальних тумбочок та шаф;
- недоступність будівлі для малорухомих груп осіб;
- незадовільна якість прибирання в деяких кімнатах;
- незадовільні температурні умови;
- відсутність процедури подання скарг та пропозицій.

На сайті Омбудсмена України було опубліковано прес-реліз, у якому підсумовано візит до Хоспісного відділення Київської міської клінічної лікарні № 10:

1. Непоінформованість та нерозуміння цілей паліативної допомоги персоналом закладу.
2. Відсутність мультидисциплінарної команди як такої, і навіть окремих фахівців, зокрема соціального працівника, психолога, юриста, що унеможлиблює забезпечення всебічної підтримки, догляду та соціального захисту. Позитивним аспектом є співпраця із релігійними громадами різних конфесій.
3. Відсутність міжсекторальної співпраці, а саме із системою соціального захисту та громадськими організаціями. Більше

того, даний Хоспіс дублює функції інтернатних закладів, оскільки деякі особи, які в ньому перебувають, не потребують паліативної допомоги як такої, і мають бути переведені в інтернатні установи для довготривалого догляду та обслуговування.

8. Моніторинговий візит до Хоспісного відділення Київської міської клінічної лікарні № 2

Хоспісне відділення розраховане на 30 ліжок. Під час моніторингу у відділенні перебував 21 пацієнт.

У ході моніторингу встановлено такі факти:

- Відділення має запас наркотичних знеболюючих лікарських засобів. На момент моніторингу 20 пацієнтам було призначено наркотичні знеболюючі засоби. Застосовуються як ін'єкційні, так і таблетовані форми морфіну.
- У Хоспісі не було практики виписки пацієнта, який потребував би ін'єкцій наркотичних препаратів.
- У штатному розкладі Київської міської клінічної лікарні № 2 є посада юрисконсульта.
- Родичі самостійно запрошують нотаріуса для здійснення різних нотаріальних дій за участі завідувача відділення, а в разі його відсутності — чергового лікаря.
- При застосуванні пацієнтом психотропних препаратів нотаріальні дії не проводяться. Однак, за повідомленням працівників Хоспісу, був єдиний випадок, коли пацієнту, захворювання якого було не дуже важке, за добу до приходу нотаріуса припинили давати знеболюючі препарати.
- У Хоспісі існує благодійний фонд лікарні, до якого, зі слів персоналу, родичі пацієнтів «добровільно» вносять кошти.

Умови перебування:

1. У відділенні нараховується 10 палат: 8 палат на 2 особи та 2 палати на 4 особи. Холодильники розташовані як у палатах безпосередньо, так і в коридорах (за бажанням пацієнтів). Палати світлі, просторі, постільна білизна чиста, всі ліжка функціональні. У палатах є функціональні тумбочки. Відділення повністю забезпечене виробами медичного призначення, спеціальними засобами для самообслуговування, догляду та пересування (допоміжні засоби для туалету, допоміжні засоби для підймання, крісла-стілці із санітарним оснащенням тощо).
2. У коридорах та в палатах ведеться відеоспостереження. У кожній палаті є кнопки екстреного виклику персоналу — на медичному посту розташовано пульти. За словами персоналу, постільна білизна видана відділенням, переться у пральні лікарні. Памперсами всі забезпечені: ті, хто мають родичів, забезпечуються родичами, а ті, хто не має родичів, — забезпечуються памперсами, які придбані за кошти спонсорів.
3. Харчування триразове. Готується їжа на харчоблоці лікарні. У роздатковій Хоспісу є прилади для підігріву їжі.
4. Доступ родичів до хворих без обмежень: родичі можуть перебувати як у палаті, так і в коридорі відділення, в якому облаштовано м'який куточок, встановлено акваріум, а також можуть вийти на вулицю.
5. На території лікарні є церква, священнослужитель приходить постійно як на свята, так і кожного дня. У коридорі відділення обладнано релігійний куточок.

Висновок за результатами моніторингу:

Хоспісне відділення Київської міської клінічної лікарні № 2 забезпечує надання паліативної допомоги.

9.4. Загальні висновки та рекомендації

Щодо паліативних відділень та Хоспісів.

1. Усі заклади охорони здоров'я мають ліцензію на обіг наркотичних засобів, але з невідомих причин (пояснення про це не отримані), деякі відділення паліативної допомоги не мають запасу наркотичних та психотропних препаратів, що є порушенням вимог Постанови КМУ № 333 від 13 травня 2013 року «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я».

У випадку потреби знеболюючі наркотичні препарати приносять із реанімаційного відділення, викликають бригаду екстреної медичної допомоги. У деяких випадках паліативних хворих при виникненні виразного больового синдрому переводять в інші відділення.
2. Якщо спеціалізовані відділення не використовують наркотичні знеболюючі засоби або усіма способами уникають їх використання, то вони не є паліативними відділеннями, тоді це є типові геріатричні відділення, як слушно було зазначено в доповіді про візит НПМ.
3. Усі без винятку досліджені установи зазначили, що не було потреби призначати наркотичні знеболюючі препарати пацієнтам, які виписувались додому. Але випадок у м. Ватутіно³ та в Поліклініці № 1 Дніпровського району м. Києва спростовує це твердження й підтверджує думку, що механізм призначення наркотичних препаратів пацієнтам, які виписуються з паліативного чи онкологічного відділення додому, відсутній (або не налагоджений). Удома пацієнти сам на сам залишаються зі своєю проблемою сам на сам.
4. Порушення права пацієнтів на харчування — *потрібно забезпечувати умови для розігріву їжі, доступ до питної води.*
5. Відсутність можливості дотримання особистої гігієни — *потрібно забезпечувати доступ до кімнат, що обладнані засобами для дотримання особистої гігієни, у тому числі для людей з особливими потребами.*
6. Відсутність спеціальних засобів та обладнання для людей з особливими потребами — *керівництвом лікувальних закладів необхідно забезпечувати права людей з особливими потребами, проте ця вимога стосується не тільки відділень паліативної допомоги.*
7. Порушено право на вільний вибір лікаря, лікувального закладу та методів лікування — *стосовно паліативних хворих потрібно дотримуватися вимог Цивільного кодексу України, інших нормативно-правових актів щодо забезпечення права на вільний вибір лікаря, лікувального закладу та методів лікування.*
8. Позитивний приклад: нотаріальні дії в паліативних відділеннях проводяться з дотриманням чинного законодавства. Монітори НПМ отримали свідчення про такий факт: пацієнт добу не приймав наркотичні знеболюючі засоби для здійснення дій з нотаріусом у стані повної розумової ясності.

Щодо дитячих паліативних відділень та Хоспісів:

1. Відсутність дієвих, постійних програм реабілітації для дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП).
2. Відсутність паліативної та кваліфікованої медичної допомоги дітям з важкими неврологічними захворюваннями, у тому числі зі станами, які потребують призначення психотропних або наркотичних препаратів.
3. У разі необхідності надання допомоги з використанням психотропних або наркотич-

³ Наведено нижче у наступній главі.

них препаратів дитину направляють до районної, чи іншої лікарні.

4. Приховування дитячої смертності, у тому числі її причинного зв'язку з погіршенням умов медичної та реабілітаційної допомоги при переведенні дітей з Будинків дитини (МОЗ) до Дитячих будинків-інтернатів (Мінсоцполітики).

Дитячі заклади в зоні АТО:

1. Там, де на цей час розташовані дитячі заклади, ситуація з наданням медичної допомоги погіршується або взагалі відсутні лікувальні заклади, що забезпечують спеціалізовану медичну допомогу та відповідні обстеження.
2. Відсутність закладів, що забезпечують високоспеціалізовану медичну допомогу та відповідні обстеження для всіх дітей, які її потребують, наприклад, кардіохірургіч-

них втручань при вроджених вадах серця, операцій зі зрощення твердого та м'якого піднебіння тощо. Відсутність наразі механізму (та державних органів, які повинні опікуватися проблемою) направлення цих хворих дітей до інших регіонів України, у яких вони зможуть отримати високоспеціалізовану медичну допомогу.

3. Потреба негайного забезпечення антиретровірусного лікування дітей з ВІЛ-інфекцією та забезпечення їх специфічною діагностикою (СД-4, вірусне навантаження).
4. Системна проблема, за визначенням персоналу закладу, полягає в тому, що при досягненні 4-річного віку дітей необхідно передавати в дитячі будинки, які підпорядковуються Мінсоцполітики, саме це впливає на підвищення рівня дитячої смертності.

Розділ 10

ЗАХИСТ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я ПРЕДСТАВНИКІВ ВРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ ЗА УЧАСТІ ОМБУДСМЕНА УКРАЇНИ

В цьому розділі наведено приклади звернень представників уразливих груп населення до експертної групи з питань медичної реформи і захисту їх законних прав та інтересів з використанням законних засобів реагування Омбудсмена України.

10.1. Звернення щодо призначення наркотичних знеболюючих засобів

1. Звернення З., Поліклініка № 2 Голосіївського району, м. Київ

Порушення прав: відмова у виконанні вимог рекомендацій ВООЗ щодо заміни знеболюючих засобів, коли больовий синдром стає виразним (трамадол — морфін), відмова в призначенні наркотичних знеболюючих засобів за рецептом у кількості, встановленій наказами МОЗ України.

Фабула звернення З. (наведемо його більш детально, тому що цей випадок дуже типовий): «Через зростаючий легеневий тиск, а та-

кож розповсюдження грибкової інфекції по легенях, я маю біль у грудях, який поступово посилюється протягом останнього року, а також задуху, що зберігається та зростає, незважаючи на ШВЛ та кисневу підтримку (4 л/хв). На середину грудня 2014 року задишка і болі стали настільки сильними, що звичайні засоби (кеторал, анальгін, дексалгін) не давали полегшення, і я викликала мого сімейного лікаря Т., який є працівником Центру Первинної медико-санітарної допомоги № 2 Голосіївського району м. Києва, для призначення більш сильної схеми знеболення.

16 грудня Т. оглянув мене вдома, усіяко відмовляючи від використання опіоїдних знеболюючих, бо, на його думку, мій біль не є нестерпним і для вирішення питання щодо знеболення запропонував моєму представнику прийти до Центру 18 грудня. Але, через сильний біль чекати 2 дні було неможливо, тому 17 грудня мій представник М. прийшла до Центру. Був призначений трамадол «приймати, коли заболить» та був виписаний рецепт на 30 капсул трамадолу.

17 грудня 2014 року я почала прийом трамадолу по 50 мг кожні 6 годин. Препарат приносив лише незначне полегшення, тому

24 грудня мій представник повторно звернулась до Т. з проханням призначити більш ефективну схему знеболення. Але у призначенні морфіну сульфату (як наступної сходинки знеболення) було відмовлено. Був наданий рецепт на 30 капсул трамадолу, який, по-перше, не був достатньо ефективним, по-друге, при прийомі, відповідно до інструкції до препарату, 4 капсул на добу, закінчився 6 31 грудня. На питання, як бути на свята, сімейний лікар Т. відповів: «А чи не переб'ється ваша хвора пару днів?»

25 грудня лікар Т. відвідав мене вдома, залякував страшними наслідками прийому морфіну сульфату (наприклад, пригнічення дихання, хоча вже 5-й місяць я перебуваю на штучній вентиляції легень, про що неодноразово говорила лікарю, та й чи можна не помітити контур апарату ШВЛ, підключений до трахеостоми?), але зрештою сказав, що наступного дня я буду забезпечена необхідним знеболенням.

26 грудня 2014 року, близько 12:30 години, з Центру Первинної медико-санітарної допомоги № 2 Голосіївського району медичним працівником (особа мені не відома) було доставлено мені додому 10 таблеток 10 мг морфіну сульфату та лист призначень.

У наданому мені листі призначень було вказано, що мені рекомендовано приймати 10 мг морфіну о 21.00, один раз на добу. В інший час у разі виникнення больового синдрому мені було «на словах» запропоновано приймати трамадол, який у мене ще залишився.

Таке «лікарське» призначення зроблено з порушенням нормативів і стандартів Міністерства охорони здоров'я України та чинного законодавства України, а саме: положень наказу МОЗ № 311 від 24 квітня 2012 року «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі», який містить «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі».

Звертаю вашу увагу, що мова йде про хронічний больовий синдром при різноманітних

хронічних захворюваннях, а не про хронічний больовий синдром при онкологічних захворюваннях, у супереч твердженням Т., який помилково, з причини недостатньої лікарської освіти, вважає, що лікування болю опіоїдними анальгетиками призначається тільки для онкологічних хворих.

Мені дуже неприємно, будучи звичайною людиною, інвалідом першої групи, вказувати лікарям на їхні помилки та недостатню освіту, але все це безпосередньо стосується мого стану здоров'я та якості життя. Тому, вивчивши самостійно вищевказаний документ та інструкцію щодо застосування морфіну сульфату у таблетках по 10 мг, та отримавши остаточну відмову мого лікуючого лікаря Т. переглянути зроблені ним некваліфіковані рекомендації щодо прийому 10 мг морфіну на ніч один раз на добу (з посиланням на те, що дане рішення прийнято комісійно за участі керівництва Центру), я була змушена коригувати схему лікування самостійно. Я змінила схему прийому морфіну сульфату на таку, яка вказана в Інструкції та Клінічному протоколі, і розпочала прийом 5 мг морфіну сульфату (поділяю навпіл 10 мг таблетки) кожні 4–5 годин, про що роблю відповідний запис у листку призначень.

3 дня застосування правильної схеми лікування моє самопочуття значно покращилось, больовий синдром мене не турбує, дихання полегшилось. Ще раз **звертаю вашу увагу, що призначення знеболюючих засобів згідно з нормативно-правовими актами, затвердженими МОЗ України, базується на суб'єктивних почуттях хронічно хворого, паліативного хворого, а не на уявленнях лікуючого лікаря або будь-яких інших медичних працівників про те, яким сильним може чи не може бути біль у хворого.**

Також Т. усно давав рекомендацію комбінувати прийом трамадолу та морфіну сульфату. При лікуванні хронічного больового синдрому, згідно із положенням «Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі», використовується триступенева схема призначення знеболення («трехступенчатая лест-

ница»). Першу сходину на сьогоднішній день ми вже не розглядаємо. На другій, при помірно-болювому синдромі, застосовується трамадол, а коли він не є дієвим, переходять на третю сходину та застосовують морфін сульфат. Ніяких змішаних схем використання трамадолу та морфіну сульфату не існує, відповідно до згаданого Клінічного протоколу та Інструкції до застосування препарату морфін через конкурентну дію препаратів на опіоїдні рецептори.

Див. таблицю.1

Помірний біль	Слабкі опіоїди (Кодеїн, Трамадол) + Парацетамол та інші НПЗЛЗ + ад'ювантні препарати
Важкий/сильний біль	Сильні опіоїди (Морфін, Фентаніл, Гідроморфон, Метадон, Бупренорфін, Тримеперидин, Буторфанол) + ад'ювантні препарати

З огляду на описану ситуацію прошу надати мені підтримку для забезпечення адекватної схеми знеболення. Адже попереду святкові дні, в офіційних установах будуть вихідні і я можу залишитись взагалі без медичної допомоги, яка для мене є життєво важливою.

Засіб реагування: лист Омбудсмена України до Київської міської державної адміністрації, комунікація з адміністрацією Поліклініки № 2 Голосіївського району.

Що зроблено: рецепт хворому на таблетований морфін було виписано на 10 днів в адекватному дозуванні.

2. Звернення З. Д., м. Ватутіно, Черкаська область

Порушення прав: відмова аптеки у видачі таблетованого морфіну за рецептом у кількості, встановленій наказами МОЗ України.

Фабула звернення: З. Д., що хворіє на тяжке онкологічне захворювання та є за станом свого здоров'я паліативним хворим, пройшов два курси хіміотерапії у клініці «Лісод», м. Київ.

3 грудня він був виписаний на лікування та перебування за місцем свого проживання до наступного призначеного курсу хіміотерапії у клініці «Лісод», м. Київ.

В останній виписці йому було рекомендовано продовжити, крім іншого, курс паліативного лікування, який проводився у клініці «Лісод» із застосування ін'єкційних форм морфіну.

Прибувши у м. Ватутіно, хворий та його батько 4 грудня звернулися до дільничного лікаря поліклінічного відділення 2-ї міської лікарні м. Ватутіно. Ураховуючи стан хворого (виразний болювий синдром), рекомендації клініки «Лісод» (подовження курсу знеболення із застосуванням морфіну), дільничний лікар призначив паліативне лікування в амбулаторних умовах із застосуванням таблетованого морфіну: 1 таблетка 10 мг — 4–5 таблеток на день, про що зробив запис в амбулаторній картці та виписав відповідний рецепт за формою Ф-3 із поміткою «Для онкохворого». Рецепт був розрахований на 10 діб та містив вказівку на видачу 40 таблеток 10 мг морфіну (по 1 таблетці — 4 рази на добу). Також рецепт був виписаний як пільговий для безоплатного отримання ліків для лікування онкологічного хворого в амбулаторних умовах.

Батько хворого прибув до Аптеки № 55, яка одна в місті відпускає наркотичні засоби, тобто має ліцензію на оборот наркотичних препаратів. Але завідувач Аптеки № 55 В. відмовила у відпуску за рецептом 10 добової дози морфіну (40 таблеток, як було зазначено за рецептом), посилаючись на якусь вказівку, що їм заборонено відпускати за рецептом більше 10 таблеток морфіну усім хворим, незважаючи на діагноз та приписи лікаря. Завідувач Аптеки № 55 В. також відмовила прийняти рецепт як пільговий для безоплатного забезпечення ліками онкологічного хворого, посилаючись на заборгованість із відшкодування витрат на пільгові рецепти.

Батько хворого отримав 10 таблеток морфіну, яких вистачить його сину для втамування болювого синдрому на 2 дні, включаючи день

отримання рецепту, крім того, за ці ліки він сплатив особисті кошти. За цією схемою батько повинен через день відвідувати поліклініку, втрачати час на отримання рецепту та дорогу до аптеки. Цей час йому вкрай необхідний для догляду за важко хворим сином.

Правовий аналіз:

Таким чином, завідувач Аптеки № 55 В. порушила:

1. Вимоги наказу № 203 від 15.03.2013 **«Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2005 року № 360»**, пункт 1.18 після абзацу першого доповнити новим абзацом другим такого змісту: «При наданні паліативної допомоги пацієнту, в тому числі тим, хто має право на безоплатне чи пільгове забезпечення, дозволяється виписувати на одному рецептурному бланку лікарські засоби в кількості, передбаченій для п'ятнадцятиденного курсу лікування».
2. Вимоги постанови КМУ № 333 від 13 травня 2013 року «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»: п. 27. Хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, забезпечуються препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують десятиденної потреби, а під час надання паліативної та хоспісної допомоги — що не перевищують п'ятнадцятиденної потреби.
4. Вимоги постанови КМУ № 1303 від 17.08.1998 року «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення

та за певними категоріями захворювань». Перелік: «Онкологічні захворювання».

Засіб реагування: лист Омбудсмена України до Черкаської обласної державної адміністрації.

Що зроблено: хворий отримав в аптеці кількість препарату за призначенням та аптека забезпечила запас таблетованого морфіну для наступної видачі за рецептами.

3. Звернення Р., Поліклініка № 1, Дніпровський район, м. Київ

Порушення прав: лікар поліклініки відмовилась виписувати таблетовану форму морфіну за рецептом у кількості, яка рекомендована у відділенні паліативної допомоги «Хоспіс» Київської міської клінічної лікарні № 2 для продовження лікування вдома (морфін 10 мг по 1 таблетці 6 разів на день) строком на 15 діб.

Засіб реагування: комунікація представників офісу Омбудсмена України з керівництвом Поліклініки № 1, Дніпровського району про відновлення прав хворої Р.

Що зроблено: рецепт на таблетований морфін хворій виписано на 10 днів (морфін 10 мг по 1 таблетці 6 разів на день).

4. Звернення С., Центральна районна поліклініка Голосіївського району, м. Київ

Порушення прав: лікар поліклініки відмовилась виписувати таблетовану форму морфіну за рецептом.

Засіб реагування: Було надіслано два листи від ГО «Інститут правових досліджень і стратегій» до керівництва Центральної районної поліклініки Голосіївського району про відновлення прав хворої С.

Що зроблено: рецепт на таблетований морфін хворій виписано на 10 днів (морфін 10 мг по 1 таблетці 6 разів на день).

5. Звернення К., м. Буча, Київська область

Порушення прав: відмова в призначенні наркотичних знеболюючих засобів, призначено трамадол, відмова в призначенні таблетованого морфіну.

Засіб реагування: лист Омбудсмена України до Київської обласної державної адміністрації.

Що зроблено: трамадол відмінено, призначено бупрен (опіоїдний анальгетик тривалої дії) в адекватній дозі.

6. Звернення Ч., с. Вільхівка, Тячевський район, Закарпатська область

Порушення прав: відмова сімейним лікарем у призначенні наркотичних знеболюючих засобів, які були рекомендовані в районній лікарні.

Фабула звернення: родичі пацієнта Ч. звернулись до державних органів України, а також до експертної групи з питань медичної реформи при Омбудсмені України зі скаргою про те, що Ч., який проживав у Тячівському районі Закарпатської області, мав фантомні болі, плексит, атрофію лівої руки, але лікуючий лікар Тячівської районної лікарні відмовлявся призначати опіоїдні анальгетики, мотивуючи свою відмову стандартними фразами: «як призначати опіоїдні анальгетики у вашому випадку, я не знаю», «ми нікому, окрім онкологічних хворих, наркотичні знеболюючі не призначаємо».

Засіб реагування: представники офісу Омбудсмена України мали комунікацію з родичами хворого, але на той час хворому вже було призначено схему лікування больового

синдрому завдяки втручання громадських організацій у цю справу і наданню правової допомоги.

10.2. Звернення щодо захисту прав наркозалежних

1. Звернення з Тернополя про незаконне затримання 39 учасників програми ЗПТ працівниками міліції¹

Засіб реагування: з 15 по 17 січня 2013 року працівниками Департаменту з питань реалізації національного превентивного механізму Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України було повторно здійснено візити до органів та підрозділів Управління МВС України в Тернопільській області. У ході візитів спільно з активістами Всеукраїнської громадської організації «Асоціація українських моніторів дотримання прав людини в діяльності правоохоронних органів» здійснювалася перевірка інформації щодо затримання працівниками міліції групи учасників програми замісної підтримувальної терапії в закладах охорони здоров'я м. Тернополя. За результатами перевірки встановлено, що 6 грудня 2012 року працівники Тернопільського міськвідділу внутрішніх справ, без достатніх на те підстав, затримали 39 учасників програми замісної підтримувальної терапії під час їхнього перебування в двох закладах охорони здоров'я м. Тернополя. Після доставляння затриманих осіб до приміщень міліції частину з них піддали незаконній дактилоскопії. Матеріали перевірки було спрямовано до прокуратури Тернопільської області для надання належної оцінки діям правоохоронців та вжиття заходів, передбачених законодавством. За повідомленням заступника прокурора Тернопільської області П. Павлюка 18.01.2013 р.

¹ Подію було описано у попередньому виданні «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2013».

прокуратурою м. Тернополя внесено до Єдиного реєстру досудових розслідувань за № 42013210010000012 відомості про вчинене кримінальне правопорушення, передбачене частиною 1 статті 365 КК України, за фактом перевищення службових повноважень працівниками Тернопільського МВ УМВС України в області. Розслідування триває, процесуальне керівництво у кримінальному провадженні здійснюється прокуратурою м. Тернополя.

2. Звернення пацієнтів ЗПТ Криму

Текст звернення до Омбудсмена України:

31.03.2014 р. до Вас звернувся виконавчий директор Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД «Про недопущення порушення прав 803 громадян України — пацієнтів замісної підтримувальної терапії в АР Крим та м. Севастополь».

Ми, члени експертної групи з питань медичної реформи, також глибоко стурбовані ситуацією, яка слалась для 803 клієнтів програми ЗПТ у зв'язку з окупацією АР Крим. Тема прав клієнтів ЗПТ неодноразово піднімалася на засіданнях та зустрічах експертної групи — це вразлива група пацієнтів, для яких отримання препаратів замісної терапії є життєво необхідним. Тому в цьому зверненні ми не будемо ще раз повторювати важливість відстоювання прав пацієнтів програми ЗПТ — вони докладно викладені також у зверненні до Вас Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД.

У зв'язку з цим, ми, як дорадчий орган, рекомендуємо з'ясувати окремі позиції міністерств охорони здоров'я як АР Крим, так і України щодо забезпечення клієнтів програми ЗПТ препаратом на території АР Крим шляхом направлення подання відповідних запитів.

Засоби реагування: матеріалів на цей час не маємо.

10.3. Звернення щодо дотримання прав дітей

1. Звернення щодо Дитячого будинку-інтернату, м. Дружківка, Донецька обл.

Текст звернення:

За повідомленнями волонтерів у мережі Facebook, у Дружківському дитячому будинку-інтернаті (II, III, IV профілі), Донецька область, м. Дружківка, вул. Р. Люксембург, 38, перебуває біля 400 дітей. Ця велика кількість дітей в одному закладі збиралась із різних зон АТО. На перший час вони не мали ліжок, достатнього харчування та засобів гігієни. Але зусиллями волонтерів ситуація покращується.

Безсумнівно, діти на певний час будуть забезпечені усім необхідним.

Але таке велике скупчення дітей в одному місці та розташування м. Дружківка на невеликій відстані від лінії бойових дій викликає занепокоєння.

Треба звернути увагу ще на такий факт, про який повідомляють волонтери: діти мають захворювання на ДЦП, але про інші захворювання невідомо.

У зв'язку з цим просимо Вас встановити факт, чи дійсно така велика кількість дітей перебуває у Дружківському дитячому будинку-інтернаті (II, III, IV профілі), Донецька область, м. Дружківка, вул. Р. Люксембург, 38, та встановити розподіл дітей за важкістю стану залежно від їх захворювань.

Звернутися до органів державної влади з метою забезпечення евакуації дітей у з урахуванням важкості їх стану у зв'язку з основним захворюванням, від лінії зони АТО в інші заклади, підпорядковані МОЗ та Мінсоцполітики України.

Засоби реагування: Відповідь представника Уповноваженого з питань дотримання прав дитини, недискримінації та гендерної рівності,

зокрема: питання перевезення дітей Дружківського дитячого будинку-інтернату опрацьовується спільно з Донецькою обласною державною адміністрацією.

2. Звернення щодо Миронівської загальноосвітньої школи-інтернату I–II ступенів

Звернення до Омбудсмена України: До голови експертної групи з питань медичної реформи надійшло звернення від громадської організації «Допомога пораненим в АТО». Представникам цієї організації, які надають гуманітарну допомогу військовим, стали відомі факти про жахливий стан вихованців Миронівської загальноосвітньої школи-інтернату I–II ступенів Дебальцівської міської ради (Україна, Донецька область, м. Дебальцеве, смт. Миронівський, Артема, 1). Волонтери, повідомляють про таке:

«Всего в нескольких км от места дислокации 54-й роты под Дебальцево, находится Мироньевский детский дом. Детки от 7 до 14 лет. У них нет ничего! В прямом смысле Ничего! Даже туалетной бумаги! Детишки все время прибегают к бойцам, то на ручках посидеть, то послушать, как те играют на гитаре. При этом, что наши бойцы-герои сами нуждаются в теплых вещах и витаминах — они отдают деткам шапки и носки, чтоб те как-то согрелись. Дети пишут нашим бойцам очень взрослые, глубокие, письма с благодарностью за то что Родину защищают. Солдаты носят эти письма и рисунки везде с собой. Деток там более 38 человек — 27 девочек и 11 мальчиков. Узнали мы о них от бойцов. Ребята рассказали и попросили помочь детдому. Сказали, что живут и воюют ради детей, а они могут и без шапок в бою. В общем — это слезы. Вокруг все разбомблено, и постоянно стреляют. Детки очень просили апельсинов, бананов и лимонов! Кроме этого, нужна туалетная бумага, мыло, зубные щетки, зубная паста, шампуни,

стиральный порошок, прокладки (девочкам). В общем, любые средства гигиены. Теплые вещи: куртки и обувь, которых нет совсем!»

Волонтери ставлять питання: які державні структури повинні перейматися життям дітей, які проживають безпосередньо біля лінії вогню у закладі, що підпорядкований МОН України? Чи припустиме таке скупчення дітей в одному навчальному закладі-інтернаті та ще й за відсутності державного утримання? Чи можлива евакуація дітей у безпечне місце або повернення дітей батькам за місцем їх проживання на підставі неможливості забезпечення утримання дітей у цьому закладі?

Просимо прийняти це повідомлення для вивчення, у разі можливості та підтвердження фактів, відкрити провадження із захисту прав дітей.

Засоби реагування:

Уповноваженим Верховної Ради з прав людини направлено запити:

- до прокуратури Донецької області щодо проведення перевірки за фактами, наведеними в репортажі журналістів;
- до Служби безпеки України щодо проведення відповідної роботи серед керівників військових підрозділів, залучених до АТО, щодо недопущення дітей до участі у воєнних діях та перебування їх у місцях дислокації підрозділів АТО;
- до Міністерства освіти і науки та Донецької обласної державної адміністрації щодо надання інформації про підстави перебування дітей у зазначеному інтернаті, забезпечення функціонування закладу та заходи, що вживалися органами опіки та піклування з метою забезпечення прав цих дітей.

Рішення про вивезення вихованців інтернату або переселення їх до інших регіонів України повинні прийматися їх батьками.

10.4. Висновки та рекомендації

Щодо прав паліативних хворих:

1. Скарги про порушення прав надходять від паліативних хворих, які проходять амбулаторне лікування.
2. Лікарі сімейної медицини, у більшості випадків, не мають базових знань з паліативної допомоги та нормативної бази, на якій ця допомога базується.
3. У більшості випадків серед лікарів амбулаторної ланки дієвими є міфи про наркозалежність, яка може виникнути після призначення наркотичних анальгетиків, зокрема онкологічним хворим IV стадії захворювання, або про агравацію хворих з метою отримання рецепту на наркотичні анальгетики.
4. Хибні, ненаукові уявлення лікарів сімейної медицини про основи паліативної допомоги призводять до знущання над хворими, їх родичами, викликають страждання приблизно у 100 000 хворих, які щорічно потерпають від виразного больового синдрому.

Рекомендації: МОЗ України потрібно розробити механізм дієвого контролю за якістю надання медичної допомоги та механізм відповідальності лікарів за невиконання, недотримання нормативів (стандартів, протоколів) надання медичної допомоги.

Щодо прав клієнтів програми ЗПТ:

Клієнти програми ЗПТ, наркозалежні є вразливою групою, права яких порушуються на тимчасово не контрольованих територіях України. У першу чергу порушується право на життя, тому що доступ до життєво важливих ліків стає неможливим. Державним органам (МОЗ України) потрібно постійно моніторити ситуацію з виконанням програми ЗПТ у різних регіонах України та виробляти дієві механізми допомоги (матеріальної, психологічної), перерозподілу препаратів ЗПТ між регіонами.

Щодо прав дітей, дитячі заклади яких розташовані близько до зони бойових зіткнень у зоні АТО.

1. Діти, які позбавлені батьківської опіки та піклування, повинні за заздалегідь розробленим планом бути переведені до інших дитячих закладів, які розташовані в обласних центрах інших регіонів України. Крім зростання рівня безпеки, для цих дітей з'явиться можливість надавати спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу (Дитячий будинок-інтернат, м. Дружківка).
2. Діти, які є вихованцями шкіл-інтернатів та які мають батьків, повинні бути направлені до своїх батьків. Якщо батьки не бажають піклуватися особисто про своїх дітей — у цьому разі їх позиція повинна бути розглянута органами опіки та піклування місцевого самоврядування (Миронівська загальноосвітня школа-інтернат).

Розділ 11

СТАН ВИКОНАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОРІЧНОЇ ДОПОВІДІ «ПРАВА ЛЮДИНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – 2013»

11.1. Рекомендації, які були надані Уряду України з метою запобігання порушенню прав людини у зв'язку з упровадженням медичної реформи (2013)

У 2014 році відбулося багато політичних подій, які, безумовно, вплинули на виконання рекомендацій громадських організацій до Уряду України.

2014 рік можна назвати роком очікувань реформ, але вразливі версти населення, у яких існують проблеми зі здоров'ям, не мають часу на очікування. І ті нечисленні успіхи, які висвітились у 2014 році, можна віднести до напрацювань громадських організацій, але ніяким чином до позитивних дій Уряду.

Це й поступове збільшення видачі препаратів ЗПТ за рецептами, й діяльність ромських медичних посередників, й виграні у судах справи про захист прав пацієнтів.

Якщо загалом охарактеризувати стан виконання рекомендацій, то можна дійти висновку, що впроваджувалось тільки те, що громадські організації мали можливість здійснювати без участі держави.

Верховній Раді України

1. Внести зміни до ст. 49 Конституції України щодо скасування положень про безоплатність медичних послуг — **зміни не було внесено, проте в проекті НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ПОБУДОВИ НОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА ПЕРІОД 2015–2025 роки такі зміни віднесено до завдань другого етапу реформ.**
2. Внести до Конституції України положення щодо гарантування безоплатної екстреної медичної допомоги та переліку безоплатних медичних послуг для певних верств населення, які визначаються законодавством України — **у проекті НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ПОБУДОВИ НОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА ПЕРІОД 2015–2025 роки передбачається інший план забезпечення медичними послугами населення, який не передбачає особливі, першочергові, умови фінансування екстреної медичної допомоги¹.**

¹ Більш детально у першому розділі.

3. Законодавчо визначити джерела фінансування галузі охорони здоров'я: держбюджет, фонд загальнообов'язкового медичного страхування, добровільне медичне страхування — **Уряд та МОЗ ще не визначились з джерелами фінансування галузі.**
4. Скасувати Закон України № 3612 від 07.07.2011 р. «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» — **втратив чинність 31 грудня 2014 року.**
5. Закладати до Державного бюджету України фінансування розвитку санітарної авіації — **жодний законопроект не передбачає фінансування розвитку санітарної авіації.**

Міністерству охорони здоров'я

1. Проводити «оптимізацію» мережі лікувальних закладів з урахуванням існуючої інфраструктури в адміністративно-територіальних одиницях — стану доріг та громадського транспорту насамперед, а також після консультацій з громадськістю на підставі інформації про доцільність змін, що пропонуються, — **залишаються актуальними для Уряду у 2014 та на початку — 2015 року.**
2. Провести у пілотних регіонах оцінку ефективності використання бюджетних коштів за результатами аналізу результативних показників бюджетної програми «Первинна медична допомога» (з урахуванням виплати надбавок медичним працівникам за якість та обсяг виконаної роботи) за 2013 рік — **не було проведено, пілотний проект закінчено.**
3. Продовжити поступово вводити інститут сімейного лікаря з урахуванням міжнародного досвіду та строків підготовки кадрів (до 8 років) — **упровадження інституту сімейного лікаря залишається актуальним, довготермінова підготовка ще не на часі.**
4. Створити обласні тренінгові центри з безперервної підготовки медичних працівників Центрів первинної медико-санітарної допомоги — **перепідготовка лікарів здійснюється в інститутах післядипломної освіти на кафедрах сімейної медицини, термін первинної спеціалізації — 6 місяців.**
5. Підвищити «прозорість» прийняття рішень Міністерством охорони здоров'я, зокрема, проводити громадські обговорення проєктів нормативно-правових актів — **за 2014 рік змінилося два міністри МОЗ, але прозорість прийняття рішень, на особливу думку авторів Доповіді, не поліпшилась.**
6. Створити систему медичного та лікарського самоврядування, яка буде також органом контролю діяльності МОЗ. З цієї метою розробити нові положення про повноваження Громадської ради МОЗ України, у яких буде передбачатись її участь у розробці та прийнятті відомчих нормативно-правових актів — **при МОЗ наприкінці 2014 року створено ініціативну групу з метою скликання нової Громадської ради з більш впливовими повноваженнями.**
7. Провести міжнародний аудит діяльності МОЗ України та стану галузі в цілому із залученням міжнародних експертів і розробити план «реальних» реформ — **у травні 2014 року було запропоновано громадськими діями Майдану провести міжнародний аудит діяльності МОЗ України, але ця ідея не була реалізована.**
8. Продовжити перетворення бюджетних установ охорони здоров'я у самостійні суб'єкти господарчих відносин — **передбачається в проєкті НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ПОБУДОВИ НОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА ПЕРІОД 2015–2025 роки.**

11.2. Рекомендації про забезпечення дотримання прав пацієнтів програми замісної підтримувальної терапії

Державі Україна, Уряду України

1. Привести нормативно-правову базу щодо обороту наркотичних препаратів у відповідність до постанови Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» — **не виконано, наказ МОЗ № 11 від 21.01.2010 р. «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України» не скасовано й не видано новий наказ.**
2. Забезпечити використання рідких форм препаратів ЗПТ для перорального застосування на сайтах ЗПТ, на виконання та дотримання постанови КМУ від 13 травня 2013 року № 333 — **виконано, затверджено наказ МОЗ № 359 «Про впровадження застосування рідкої форми препарату «Метадону гідрохлорид Молтені» (метадону гідрохлориду розчин оральний, 1 мг/мл, флакони по 1000 мл) для проведення замісної підтримувальної терапії особам з психічними і поведінковими розладами внаслідок уживання опіюїдів».**
3. Розширити «географію» областей України, у яких здійснюється призначення препаратів ЗПТ за рецептами — **Запорізька область.**
4. Збільшити кількість клієнтів ЗПТ, які отримують препарати ЗПТ за рецептами, — **поки що не піддається кількісному аналізу, але зростання числа клієнтів ЗПТ, які отримують препарати ЗПТ за рецептами, відбувається дуже повільно.**

5. Взяти під особистий контроль керівних органів МВС України випадки переслідування клієнтів ЗПТ — **про особистий контроль відомостей не маємо.**
6. Привести норми Наказу МОЗ України № 634 від 29.07.2010 р. щодо невеликих, великих та особливо великих розмірів доз наркотичних засобів, що перебувають у незаконному обігу, у відповідність до добових доз для статистичних цілей (S-DDD), що визначаються МККН ООН — **не виконано.**

Громадським організаціям

1. Посилити взаємодію з Уповноваженим Верховної Ради з прав людини щодо запобігання порушенню прав наркозалежних, зокрема права на здоров'я, права на доступ до життєво необхідних ліків, права на заборону жорстокого або нелюдського поводження, права на свободу пересування, права на отримання освіти тощо — **упроваджувалось протягом 2014 року, зокрема на виконання проекту МФ «Відродження» № 47857 «Впровадження механізму взаємодії громадських організацій та Омбудсмена України для захисту прав людини в галузі охорони здоров'я».**

11.3. Рекомендації про забезпечення дотримання прав пацієнтів, що потребують паліативної допомоги

Державі Україна, Уряду України

1. Розробити та прийняти зміни до наказу МОЗ № 41 від 21 січня 2013 року «Про організацію паліативної допомоги в Україні», у яких:

- а) внести уточнення щодо розмежування понять «загальна паліативна допомога» та «спеціалізована паліативна допомога»;
- б) внести положення про виїзну патронажну службу.

Не було виконано.

2. Прийняти окремий наказ МОЗ України «**Про організацію надання паліативної допомоги дітям**» для врахування особливостей дитячої паліативної допомоги та з метою її активного розвитку. Для досягнення цієї мети:

- створити робочу групу з представників Уповноваженого ВР України з прав людини, Уповноваженого Президента України з прав дитини, представників МОЗ України, головних лікарів спеціалізованих будинків дитини, інших фахівців;
- вивчити досвід роботи комунального закладу охорони здоров'я «Харківський обласний спеціалізований будинок дитини № 1» як пілотного;
- внести зміни до **наказу МОЗ № 70 від 02.02.2010 р. «Про заходи щодо розвитку будинків дитини», розділ «Концепція розвитку будинків дитини на період до 2017 року».**

Не було виконано.

3. Привести нормативно-правову базу щодо обороту наркотичних препаратів у відповідність до постанови Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», зокрема наказ МОЗ № 360:
 - прийняти зміни до Постанови КМУ № 589 від 3 червня 2009 року «Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом», до яких буде виключено п. 15;

- скасувати наказ МОЗ № 11 як такий, що не відповідає положенням постанови КМУ № 333 від 13.05.2013 р.;
- прийняти Наказ МОЗ «Про обіг наркотичних препаратів, психотропних засобів і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», у якому уточнити та конкретизувати положення постанови КМУ № 333, зокрема, про порядок знищення використаних ампул, у яких містились наркотичні препарати.

Не було виконано.

Органам місцевого самоврядування

3. Розглянути питання про можливість створення та фінансування виїзних патронажних служб паліативної допомоги — **не було виконано.**
4. Протягом 2014 року проводити семінари з тематичного удосконалення за напрямком «Паліативна допомога» з першочерговим залученням медичних працівників центрів первинної медико-санітарної допомоги — **виконувалось протягом року тренінговими центрами з паліативної допомоги у Харкові та Івано-Франківську.**

Громадським організаціям

6. Подовжувати громадський моніторинг виконання постанови КМУ № 333 від 13 травня 2013 року та положень наказу МОЗ № 360 про призначення наркотичних знеболюючих засобів, з особливою увагою — в амбулаторних умовах лікування — **впроваджувалось, зокрема ГО «Інститут правових досліджень і стратегій».**
7. Проводити постійний моніторинг випадків порушень прав паліативних хворих — **впроваджувалось, зокрема ГО «Інститут правових досліджень і стратегій».**

8. Посилити взаємодію з Уповноваженим Верховної Ради з прав людини щодо запобігання порушенню прав паліативних хворих, зокрема права на здоров'я, права на доступ до життєво необхідних ліків, право на заборону жорстокого або нелюдського поводження тощо — **впроваджувалось, зокрема ГО «Інститут правових досліджень і стратегій».**
9. Організовувати та брати участь в адвокаційних кампаніях щодо наркополітики в Україні — **впроваджувалось, зокрема ГО «Інститут правових досліджень і стратегій».**
10. Проводити навчальні тренінги та семінари для правоохоронців, медичних працівників щодо основних законодавчих засад наркополітики в Україні та запобігання порушенню прав паліативних хворих, зокрема, на доступ до наркотичних знеболюючих засобів — **впроваджувалось, у тому числі за участі ГО «Інститут правових досліджень і стратегій».**

11.4. Рекомендації КМРЄ стосовно питань охорони здоров'я, ухвалені Радою ЛГБТ-організацій України

Дотримання прав трансгендерів

1. Внести зміни до наказу МОЗ № 60 від 03.02.2011 р. «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності» з метою усунення таких протипоказань до зміни (корекції) статевої належності, як:
- наявність дітей віком до 18 років;
 - гомосексуалізм, трансвестизм на фоні трансформації статевої ролі;
 - наявність будь-яких сексуально-перверзних тенденцій;

- морфологічні особливості, які ускладнюють (або унеможливають) адаптацію в бажаній статі (гермафродитизм, порушення розвитку статевих органів тощо);
- неможливість проведення ендокринної або хірургічної зміни (корекції) статевої належності у зв'язку з наявністю важких соматичних захворювань;
- незгода особи, яка потребує зміни (корекції) статевої належності, із обсягом діагностично-лікувальних заходів щодо зміни (корекції) статевої належності, що рекомендовані Комісією.

Зміни не було внесено.

Внести зміни до Порядку обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності, затвердженого вищезгаданим наказом, а саме:

- з п. 2.2 Порядку усунути вимогу про стаціонарне психіатричне обстеження в умовах психіатричної лікарні, передбачити можливість такого обстеження в умовах денного стаціонару або амбулаторно;
- з п. 13 Порядку усунути положення про видання медичного Свідчення про зміну (корекцію) статевої належності тільки після проведення хірургічної корекції, передбачити можливість видачі Свідчення без проведення хірургічної корекції.

Зміни не було внесено.

2. Внести зміни до наказу МОЗ № 479 від 20.08.2008 р. «Про затвердження Переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем», прибравши з п. 9 «Розлади особистості та поведінки у зрілому віці» код F64 («Розлади статевої ідентичності» за МКХ-10).

Зміни не було внесено.

Дотримання прав ЧСЧ

1. Включити теми сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності до програм медичних вузів і курсів підвищення кваліфікації.

ліфікації медичного персоналу — **не виконано**.

2. Видати наказ Міністерства охорони здоров'я про перегляд наявних і пропонованих медичних посбників, програм тощо з метою усунення будь-яких формулювань, які характеризують гомосексуальність (бісексуальність) як захворювання, психічний розлад, сексуальне збочення тощо та/або пропонують «лікування від гомосексуалізму» — **не виконано**.
3. Системно залучати державну підтримку з метою подальшого розширення охоплення ЧСЧ послугами ВІЛ-сервісу — **не виконано**.

11.5. Рекомендації щодо забезпечення прав ромів із доступу до медичної допомоги

1. Забезпечити надання ефективної правової допомоги у випадках дискримінаційних дій проти ромів у сферах охорони здоров'я, соціальних послуг і доступу до громадянських прав — **виконувалось ромськими громадськими організаціями протягом року**.
2. Налагодити співпрацю між лідерами ромських громад і представниками органів охорони здоров'я у кожній області та в місцях компактного проживання ромів — **виконувалось ромськими громадськими організаціями протягом року**.
3. Розробляти й упроваджувати 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, — **виконувалось ромськими громадськими організаціями протягом року**.

11.6. Рекомендації до Державної пенітенціарної служби України щодо забезпечення прав в'язнів на медичну допомогу

1. Повністю укомплектувати медичні штати слідчих ізоляторів.
2. Привести у відповідність до нормативів стан боксів збірного відділення і камер-палат медичних стаціонарів слідчих ізоляторів (виконати поточний ремонт, перевірити стан і функціонування сантехнічного обладнання, збільшити вільну площу кабін і камер, поліпшити природне і штучне освітлення, температурні умови тощо).
3. Регулярно вести журнали кварцування та проводити процедуру кварцування у камерах-палатах медичних стаціонарів СІЗО щоденно.
4. Провести інвентаризацію медичного обладнання слідчих ізоляторів та, у разі потреби, його оновлення.
5. Виконати поточний ремонт амбулаторних кабінетів медичних частин СІЗО.
6. Забезпечити аптеки слідчих ізоляторів усіма необхідними медикаментами.
7. Вжити заходів щодо повного фіксування перебігу хвороби і призначеного лікування у медичних картках ув'язнених.
8. Впровадити практику письмового звернення ув'язнених до начальника слідчого ізолятора про потребу в медичних послугах у ЗОЗ.
9. Забезпечити щоденний огляд неповнолітніх осіб із обов'язковою фіксацією всіх виявлених тілесних ушкоджень у спеціальному журналі, а також у медичних й особових картках ув'язнених.
10. Виділити окремі кабінети або камери збірного відділення для осіб, хворих на інфекційні захворювання.
11. Забезпечити тримання осіб, хворих на відкриту форму туберкульозу, окремо від інших ув'язнених.

12. Забезпечити приватність надання медичних послуг ув'язненим, а також збереження конфіденційності стану здоров'я кожного ув'язненого.
 13. Забезпечити виконання вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками № 821/937/1549/5/156 від 22.10.2012 р. «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії».
 14. Забезпечити надання дієтичного харчування певним категоріям хворих осіб згідно з вимогами постанови Кабінету Міністрів України № 336 від 16.06.1992 р. «Про норми харчування осіб, які тримаються в установах виконання покарань, слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби, ізоляторах тимчасового тримання, приймальниках-розподільниках та інших приймальниках Міністерства внутрішніх справ».
 15. Створити комплексні умови для перебування у слідчих ізоляторах людей з особливими потребами.
 16. Впровадити чітку процедуру медичного супроводу новонародженої дитини у слідчому ізоляторі.
 17. Негайно внести зміни до **Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України** з урахування вищевикладених положень.
- Протягом року рекомендації не було виконано.**

Наукове видання

**ПРАВА ЛЮДИНИ
В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я — 2014**

Доповідь правозахисних організацій

ISBN 617-7266-30-2



Відповідальний за випуск *А. О. Роханський*
Редактор *А. О. Роханський*
Комп'ютерна верстка *О. А. Мірошниченко*

Підписано до друку 31.03.2015
Формат 60 × 84 ¹/₈. Папір офсетний. Гарнітура Myriad Pro
Друк офсетний. Умов. друк. арк. 12,32. Умов. фарб.-від. 13,40
Умов.-вид. арк. 12,62. Наклад 300 прим.

ТОВ «ВИДАВНИЦТВО ПРАВА ЛЮДИНИ»
61002, Харків, вул. Дарвіна, 7, кв. 35
Свідоцтво Державного комітету телебачення і радіомовлення України
серія ДК № 4783 від 23.10.2014 р.