

Інститут Правових
Досліджень і Стратегій

•

Права людини в галузі охорони здоров'я

2012

Доповідь
правозахисних організацій
про дотримання права на здоров'я
в Україні

ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я Є ОСНОВНИМ
НЕВІД'ЄМНИМ
ПРАВОМ КОЖНОЇ ЛЮДИНИ
РЕАЛІЗАЦІЯ ЦЬОГО ПРАВА Є НЕВІД'ЄМНОЮ
СКЛАДОВОЮ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ЖИТТЯ

Харків
«Права людини»
2013



Думки авторів можуть не співпадати з думками МФВ

Загальна редакція:
Роханський А. О.

Права людини в галузі охорони здоров'я — 2012. Доповідь правозахисних організацій про дотримання права на здоров'я в Україні. — Харків: Права людини, 2013 — 88 с.

ISBN 978-617-587-098-3.

У щорічній доповіді правозахисних організацій «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2012» надається аналіз ситуації щодо прав людини у царині медичної допомоги у 2012 році. Доповідь традиційно складається з двох частин: «Загальна» та «Особлива».

У «Загальній» частині доповіді аналізується стан реформування галузі охорони здоров'я, яке було розпочате Урядом України в пілотних регіонах, але торкнулося України загалом. Також у «Загальній» частині доповіді наведена практика Європейського суду з прав людини за 2012 рік щодо захисту прав пацієнтів у справах проти України та аналіз практики національних судів у «медичних справах» також за 2012 рік.

«Особлива» частина доповіді присвячена ситуації з дотримання прав людей, що живуть з ВІЛ, проблемам доступу до програми замісної підтримувальної терапії, правам людини у сфері паліативної допомоги. Окремі розділи доповіді викладають проблеми дотримання прав представників ЛГБТ-спільноти у галузі медицини, приклади порушення права на здоров'я в пенітенціарній системі.

У доповіді подовжено спеціальний розділ, який викладає проблеми доступу ромів до медичної допомоги та висвітлює шляхи правової допомоги через впровадження соціально-медичних посередників.

Актуальна тема видання — «Вакцинація: право чи обов'язок?», яка ще не має законодавчого визначення серед медиків та правників, незважаючи на тривалий час громадських дискусій.

ББК 67.9(4УКР)

ЗМІСТ

Від укладачів	7
Вступ.....	9

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

<i>Розділ 1. ЩОДО МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ</i>	13
1. У Донецьку більшість осіб, опитаних Радіо Свобода, нічого не чули ані про реформу сфери охорони здоров'я, ані про сімейних лікарів	13
2. Точка на карті: район, в якому не прижилася медична реформа, зветься Костянтинівський.....	13
3. Розпад педіатричної служби.....	14
4. «Штраф за неявку».....	14
5. Чергова невдала спроба впровадження медичного страхування	15
6. Дніпропетровськ: в результаті медичної реформи практично знищується педіатрія	16
7. На Дніпропетровщині зникнуть одразу 12 лікарень.....	18
8. Думка представників громадських організацій, незалежних профспілок та депутатів владою не враховується.....	18
9. «Швидка до вас більше не приїде».....	19
10. «Реформована» педіатрична служба у Вінниці.....	21
11. Селяни — Президенту: виключити їх селище із пілотного проекту медичної реформи.....	21
12. Проміжні підсумки медичної реформи у 2012 році	22
13. Рекомендації	23
<i>Розділ 2. СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я</i>	24
1. Практика Європейського суду з прав людини за 2012 рік щодо захисту прав пацієнтів у справах проти України	24

2. Аналіз практики національних судів за 2012 рік щодо захисту прав пацієнтів.....	27
3. Рекомендації.....	30

ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

<i>Розділ 3. ПРАВА ЛЮДИНИ У СФЕРІ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ</i>	<i>33</i>
1. Статистичний аналіз становища паліативної допомоги в Україні у 2012 році	33
2. Історія онкохворого зі Сєверодонецька — приклад порушення прав людини, що потерпає від хронічного больового синдрому	35
3. Законодавчі зміни у 2012 році.....	37
4. Кампанія «СТОП-БІЛЬ».....	37
5. Законодавчі зміни у 2012 році. Адаптована клінічна настанова	38
6. Доповідь правозахисних організацій	39
7. Проект Постанови про затвердження порядку обігу наркотичних засобів	41
8. Рекомендації.....	41
 <i>Розділ 4. ПРАВА ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІД. SPOTLIGHT. ХРОНІКА БОРОТЬБИ</i>	 <i>43</i>
1. Державна пенітенціарна служба України відкрила двері для неурядових організацій України.....	43
2. Насильство та фальсифікація кримінальних справ проти секс-працівниць — серед основних інструментів правоохоронців напередодні Євро-2012.....	44
3. День пам'яті людей, які померли від СНІДу. ВІЛ-позитивна спільнота України закликає: «Час діяти!».....	46
4. Розроблено та презентовано «Загальнонаціональний адвокаційний план у сфері протидії ВІЛ/СНІДу на 2012 рік»	47
5. Сьогодні під Верховною Радою чиновник боронив свої мільярди.....	47
6. У Вашингтоні відкрилась ХІХ міжнародна конференція з ВІЛ/СНІД.....	48
7. На ХІХ міжнародній конференції з ВІЛ/СНІД Україна заявила: IN DONORS WE TRUST!.....	49
8. Більше 10% українців виявилися носіями гепатитів та вимагають від держави доступного лікування.....	49
9. Справа лікаря Подоляна	50
10. Відкрите звернення Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні з нагоди Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом	51

11. Захист прав	52
12. Рекомендації	54
<i>Розділ 5. ПРАВА КЛІЄНТІВ ПРОГРАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ.....</i>	<i>55</i>
1. «Вантаж-200»	58
2. Регіональний успіх впровадження програми ЗПТ.....	60
3. Потрібно негайно зменшити рівень криміналізації споживачів наркотиків.....	61
4. Проблемні питання впровадження ЗПТ	62
5. Рекомендації.....	62
<i>Розділ 6. ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ» В КОНТЕКСТІ ПРАВ ЛЮДИНИ.....</i>	<i>63</i>
Рекомендації.....	66
<i>Розділ 7. ПРАВА ЛЮДЕЙ, ЩО НАЛЕЖАТЬ ДО ЛГБТ-СПІЛЬНОТИ, В ЦАРИНІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....</i>	<i>67</i>
1. Актуальність проблеми	67
2. Робота громадських та правозахисних організацій.....	68
3. Найбільш поширені проблеми здоров'я.....	68
4. Перешкоди для проходження ВІЛ-тесту.....	69
5. Рада ЛГБТ-організацій України	70
6. Розширення переліку груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.....	71
7. Першочергові пропозиції до українського уряду з виконання Рекомендації Кабінету Міністрів Ради Європи, ухвалені Радою ЛГБТ-організацій України.....	72
<i>Розділ 8. ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я В ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ СИСТЕМІ</i>	<i>74</i>
Рекомендації.....	78
<i>Розділ 9. РОМИ — ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ</i>	<i>79</i>
1. Загальна інформація від соціально-медичних посередників за 2011–2012 роки	79
2. Інформація щодо проекту «Покращення ситуації здоров'я ромів в Україні через впровадження програми ромських посередників у сфері охорони здоров'я», який був реалізований за підтримки Ради Європи в 2010—2012 роках.....	80
3. Рекомендації.....	81

<i>Розділ 10. ВАКЦИНАЦІЯ: ПРАВО ЧИ ОБОВ'ЯЗОК?</i>	83
1. Випадок Анастасії.....	83
2. Судовий захист права на вільний вибір методів лікування.....	85
3. Факт невиконання управліннями освіти і науки обласних державних адміністрацій роз'яснень, розпоряджень та інших відомчих інструкцій	86
4. Рекомендації.....	86

ВІД УКЛАДАЧІВ

Правозахисна робота потребує узагальнення досягнень роботи громадських організацій, визначення найбільш типових порушень прав людини та найбільш ефективних стратегій щодо відновлення порушеного права. Автори щорічної доповіді «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2012» сподіваються, що їм вдалося досягти мети цього видання: проаналізувати найбільш значущі події, що відбулися у 2012 році в Україні з погляду дотримання прав людини у галузі охорони здоров'я, включаючи міжнародні стандарти; надати рекомендації, виконання яких, з точки зору експертів, викликає поліпшення ситуації.

Також автори сподіваються, що публікація цієї доповіді призведе до активізації дискусії щодо реформування системи охорони здоров'я з метою приведення практики у відповідність зі стандартами забезпечення прав людини. Ми сподіваємося, що приклади успішної практики адвокації прав вразливих верств населення, а також захисту їх прав у суді збагатять методи правозахисної діяльності неурядових громадських організацій України.

ГО «Інститут правових досліджень та стратегій» висловлює щире подяку за допомогу у складанні доповіді громадським організаціям, які брали участь у створенні цієї доповіді, або матеріали праці яких увійшли до окремих розділів:

- МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЧ/СНІД в Україні».
- БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ».

- Харківському обласному відділенню Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД».
- Харківській правозахисній групі.
- Українській Гельсінській спілці з прав людини.
- Всеукраїнській громадській організації «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги».
- Всеукраїнській громадській фундації «Фундація медичного права та біоетики».
- Всеукраїнській громадській організації «Гей-Форум України».
- Раді ЛГБТ-організацій України.
- Громадській правозахисній організації «Донецький Меморіал».
- Луганському обласному відділенню «Комітет виборців України».
- 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.
- Кримському республіканському благодійному фонду «Світ Криму».
- Николаївській асоціації ВІЛ-інфікованих «Час життя».
- Херсонському обласному Фонду милосердя та здоров'я.
- Харківському обласному центру паліативної медицини «Хоспіс».

Висловлюємо також щиру подяку авторам та співавторам розділів доповіді:

Ользі Луб'яній, Андрію Діденко, Юлії Кондур, Олексію Светікову, Інні Сухоруковій, Володимирі Бочарову-Туз, Айгуль Муқановій, Наталії Охотніковій, Ігору Скалько, Аркадію Бущенко, Олександрі Зінченкову, Святославу Шеремету, Миколі Холтобіну, Олегу Мірошніченко, Сергію Холтобіну, Віталію Кучинському, Марині Говорухіній, Михайлу Тарахкало, Андрію Толопіло, Павлу Скале, Наталії Коза-

ренко, Максиму Демченко, Сергію Дмитрієву, Костянтину Ключарьову, Ользі Біляєвій, а також усім тим, без допомоги котрих це видання було б неможливим.

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

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

ВСТУП

За даними Державної служби статистики у 2012 році в Україні спостерігалось природне скорочення населення — українців за рік стало менше на 124 996 особи¹.

Незважаючи на відкриття за два роки (2011–2012) перинатальних центрів² у Кіровограді, Донецьку, Харкові, Житомирі, Дніпропетровську, Києві, Сімферополі та Полтаві, кількість померлих дітей у перинатальному періоді³ не тільки не знижувалась, але мала тенденцію до зростання — 4769 (4704 у 2011 році).

У 2012 році майже удвічі більше малюків (дітей віком до 1 року) померло від онкологічних захворювань (42 малюка у 2012 р, 26 — у 2011 р.).

Смертність від онкологічних захворювань дорослого населення також мала тенденцію до зростання — 204 померлих особи на 100 тис. населення у 2012 році (у 2011 році — 194,9).

Смертність від хвороб, що були зумовлені вірусом імунодефіциту людини, залишалась на незмінному рівні — 12,1 померлих на 100 тис. населення (загалом 5042 українців).

Як відомо, сучасна медицина — це наукомістка та ресурсомістка галузь. Тільки реальним залученням фінансових ресурсів можливо подолати вищенаведені вибіркові

прикладі неефективності роботи системи охорони здоров'я.

У зведеному Державному бюджеті України на 2012 рік видатки на охорону здоров'я складають — 55,2 млрд. грн., що на 12,9% більше звітнього показника 2011 року. Але, якщо врахувати зростання цін на ліки, товари та послуги, які усі жителі України відчували на собі у 2012 році, то 12,9% зростання видатків бюджету є майже неповна компенсація підтримання галузі у життєздатному стані.

Управління комунікацій Міністерства фінансів спростовує інформацію про «урізання» видатків на охорону здоров'я на 2013 рік⁴:

«Що стосується недостатнього забезпечення видатками потреб галузі охорони здоров'я, то ні для кого не секрет, що це питання виникло не сьогодні, а було актуальним і для минулих Урядів.

Проблеми, які ми бачимо в галузі охорони здоров'я, накопилися за багато років і не можуть бути вирішені одномоментно, оскільки потребують перебудови всієї системи надання медичної допомоги та пошуку нових (не лише бюджетних) джерел фінансування.

У зв'язку з цим з минулого року на виконання Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» в 4 регіонах розпочато пілотний проект з реформування системи охорони здоров'я.

¹ <http://www.ukrstat.gov.ua/>

² Національний проект «Нове життя — нова якість охорони материнства і дитинства».

³ Січень–листопад 2012 року.

⁴ http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=353252&cat_id=326268

Зокрема, передбачено опрацювати на пілотних регіонах нові підходи щодо організації роботи закладів охорони здоров'я та методи їх фінансування, здійснити розмежування видатків на охорону здоров'я за видами медичної допомоги, що дозволить поліпшити медичне обслуговування та розширити можливості щодо доступності та якості медичної допомоги.

Опрацювання реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах та поширення його на інші регіони дозволить упорядкувати та оптимізувати мережу закладів охорони здоров'я, що створить передумови для запровадження загальнообов'язкового медичного страхування та відповідно залучення додаткових джерел фінансування у галузь».

Як завжди, на папері, на сайтах МОЗ, обласних держадміністрацій, медична реформа

виглядає яскраво, сучасно, але як вона взагалі впроваджується на практиці — ми маємо знати зі свідчень очевидців реформи: пенсіонерів, молодих матерів, лікарів, селян, молоді, інвалідів.

Також у першу чергу правозахисні організації переймаються проблемами людей, які не мають можливості допомогти собі: психічно хворі, затримані органами МВС або засуджені у кримінальних справах особи, ВІЛ-інфіковані тощо.

Право на здоров'я є основним невід'ємним правом кожної людини. Реалізація цього права є невід'ємною складовою реалізації права на життя. Даний розділ «Доповіді правозахисних організацій» присвячений фактам порушення права на здоров'я державою Україна та містить рекомендації правозахисних організацій щодо відновлення порушеного права.

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ 1

ЩОДО МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ¹

«Саме стан медицини — це обличчя влади»²

1 У Донецьку більшість осіб, опитаних Радіо Свобода, нічого не чули ані про реформу сфери охорони здоров'я, ані про сімейних лікарів³

Коментар читача: Не знаю, як в Донецьку, а в Донецькій області о реформі очень хорошо знают. Например, в городе Ждановка, что в 5 км от Енакиево, раньше была одна больница и все было более-менее нормально и привычно. Теперь больницы две — та, что была раньше, и новая — Больница семейной медицины. Теперь, чтобы попасть на прием, скажем, к хирургу, человек должен сперва идти на прием к семейному доктору, который, в случае необходимости, направляет его к хирургу в старую больницу. И так — по всем направлениям. В старую больницу, минуя «семейную», не попасть.

Коментар читача: Більшість не чули? А ви б запитали у працівників стоматологічних лікарень та їхніх пацієнтів. Їх покращують і стабілізують вже протягом року. Більшість так реформували, що повиганяли з приміщень, зазвичай

розташованих у міських центрах. В Донецьку вдалося поки що відбитися, хоча там міськрада намагалася наїхати на стоматологічну лікарню за допомоги СБУ (обшук і т. п.). Насправді ж хотіли відібрати приміщення біля «Донецьк-Сіті», а стоматологів вигнати аж на Путіловку в напівзруйновану будівлю.

Мова йде про найстарішу стоматологічну поліклініку Донецька, яка пропрацювала понад півстоліття. 27 років тому, залишаючись комунальною, вона першою в області перейшла на госпрозрахунок. Лікарі змогли вижити в найважчі роки першого десятиліття «незалежності» і зараз щорічно лікують близько 40 000 хворих. Серед пацієнтів багато пенсіонерів та інвалідів, які отримують знижки і пільгове обслуговування⁴.

2 Точка на карті: район, в котрому не прижилась медична реформа, називається Константиновський⁵

Жители некоторых сел Константиновского района Донецкой области требуют пересмотра нововведений в местной системе здравоохранения. По их словам, из-за закрытия круглосуточного стационара в бывшей Екатериновской участковой больнице, кото-

¹ Розділ підготовлено Андрієм Роханським, Мариною Говорухіною, Михайлом Тарахкало.

² Голова Вінницької обласної державної адміністрації Микола Джига.

³ <http://www.radiosvoboda.org/media/video/24705136.html#relatedInfoContainer>

⁴ <http://pauluskp.livejournal.com/196852.html>

⁵ По публікації «062 Донецьк». <http://062.ua/news/v-donck/kto-vedet-statistiku-smertnosti-lyudi-umirayut-iz-za-novoy-meditsinskoy-pomoshchi>

рую превратили в амбулаторию, сельчан лишили права на своевременную медицинскую помощь.

«О чем думают чиновники? Пусть приедут к нам и посмотрят, как можно за полгода уничтожить больницу, которая простояла с 50-х годов прошлого века. Только в минувшем году окончили капремонт», — говорит один из старожилов Екатериновки.

- *Жители с. Екатериновка*

«Вам сказать, сколько людей скончалось только в нашем селе за последние полгода? Женщина умерла: скакало давление, и был повышенный сахар в крови. Раньше ведь можно было лечь в стационар, проколется, а сейчас что? Родственников нет. Кто повезет ее в Константиновку? Город не принимает селян в свой единственный стационар. Вот и умерла после очередного приступа».

Нарушение права на здоровье: сельчан лишили права на своевременную медицинскую помощь

«Парень, лет 45-ти, пришел избитый. Куда его положить? Ушел восвояси и, по дороге домой, скончался», — рассказывает другая сельчанка.

Люди возмущены и тем, что из-за внедрения медицинской реформы теперь некому лечить сельских детей. Оказывается, что на 10 амбулаторий и 23 фельдшерско-акушерских пункта, входящих в состав Константиновского центра первичной медико-санитарной помощи, приходится только один педиатр, принимающий деток в районном центре.

Что поделаться, разводят руками медики, более одной ставки для детского врача «не выбить» (общее количество населения Константиновского района составляет 22 тыс. человек).

3 Розпад педіатричної служби

Волинська область не належить до сфери запровадження «медичного експерименту». Але, як стверджує начальник управління охорони здоров'я Луцької міської ради Федір Кошель, реформувати медицину в Луцьку почали декілька років тому. Проблеми у області загальні: не хочуть луцькі мами, аби їхніх малюків оглядав сімейний «доктор», який пройшов відповідні шестимісячні курси та перекваліфікувався. Про це свідчить статистика: центр первинної медико-санітарної допомоги на базі першої луцької поліклініки обслуговує 50 759 дорослих і лише 342 дитини.

Реформа — у прямому її сенсі — потребує значних фінансових вливань. Перш за все на сучасне медичне обладнання. Адже якщо лікарі й надалі працюватимуть на тій матеріальній базі, що є зараз, то який сенс таку реформу починати?⁶

«Навіщо ламати те, що сьогодні працює?» — казала лікар із 20-річним стажем роботи. — «Нас усіх хочуть зробити сімейними лікарями. Це нонсенс. На сімейних лікарів треба вчитися 8–10 років, а не по півроку. Адже організм дорослої людини і дитини дещо різний, як і лікування. Тим паче це стосується дітей до року. Боюся, що цими реформами тільки розвалить педіатричну службу. Сімейна медицина почне працювати тоді, коли наші вузи почнуть випускати відповідних спеціалістів. Я вже не кажу про діагностичне обладнання, яке сьогодні мають наші поліклініки, і доступ до нього. Спочатку треба апаратуру купити, кадровий потенціал створити, а тоді вже статuti і вивіски міняти».

4 «Штраф за неявку»

Як пише видання «Сьогодні»⁷, оголошення про необхідність зареєструватися в поліклініках «згідно із Законом України «Про поря-

⁶ <http://vidomosti-ua.com/news/48748>

⁷ http://news.liga.net/ua/news/capital/728583-u_stolits_budut_prokhoditi_vibori_l_kar_v.htm#

док проведення реформи системи охорони здоров'я» з'явилися майже на кожному будинку. Лікарі, немов політики на виборах, агітують киян записатися саме до них, обіцяючи видавати лікарняні листи без огляду і консультувати навіть вночі. Зрозуміти лікарів можна — за кожного пацієнта будуть доплачувати.

Оголошення викликають у жителів здивування, деякі припускають, що незареєстрованим доведеться платити штраф. «Я подзвонила в поліклініку. А мені сказали, що це обов'язково. І взагалі потрібно буде платити штраф за неявку», — розповіла киянка, яка проживає по вул. Ернста.

Лікарі стверджують, що поки не готові виконувати функції, покладені на них у рамках реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я⁸

Чиновники МОЗ погоджуються, що «сімейна медицина у Києві ще далека від ідеалу», проте стверджують, що «робота створених центрів сімейної медицини налагоджується: створені умови для роботи лікарів загальної практики, закупується обладнання».

Однак, самі сімейні лікарі поки не поділяють цього оптимізму.

«Неготовність матеріально-технічної бази та неготовність лікарів до того спектру роботи, який на них покладається, якраз дискредитує саму ідею. Люди змушені ходити до сімейних лікарів, але сімейні лікарі ще не готові виконувати свою функцію», — каже сімейний лікар **Руслан Добровольський**.

Зокрема, наразі клініки та амбулаторії сімейної медицини одночасно приймають пацієнтів різних вікових категорій за старою схемою.

«Добре, що наша лікарка — колишній педіатр, тут нам пощастило, вона знає, як поводитися з дитиною. Але мене обурює та ситуація, що діти разом із дорослими сидять в одних чергах, контактують із хворими. Через це в лікарню стараюсь не ходити, тільки по теле-

фону звітую їм, щоб мали що записати в картку», — каже Аліна, молода мама, яка довіряє здоров'я своєї дитини сімейному лікарю.

5 Чергова невдала спроба впровадження медичного страхування з 1 січня 2013 року

Як зазначається у меті медичної реформи, реорганізація та оптимізація мережі лікувальних закладів, розподіл медичної допомоги на різні рівні та інші заходи, впроваджуються задля подальшої можливості введення загальнообов'язкового медичного страхування, що у свою чергу кардинально покращить фінансовий «клімат» галузі.

Очевидно, що для подальшого законодавчого забезпечення реформування галузі, до Верховної Ради України 13 серпня 2012 було внесено черговий законопроект «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування».

Головна ідея законопроекту полягала у запровадженні з 1 січня 2013 року загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, яке має базуватися на трирівневій системі медичного страхування. За законопроектом зміст цих рівнів полягав в наступному:

- перший рівень — солідарна система загальнообов'язкового медичного страхування, що базується на засадах солідарності і субсидування та здійснення страхових виплат за рахунок коштів Фонду медичного страхування;
- другий рівень — накопичувальна система загальнообов'язкового медичного страхування, що базується на засадах накопичення коштів застрахованих осіб у Накопичувальному страховому фонді;
- третій рівень — система недержавного медичного страхування, що базується на засадах добровільної участі громадян.

⁸ <http://www.radiosvoboda.org/content/article/24705089.html>

Перший та другий рівні системи медичного страхування становлять систему загальнообов'язкового медичного страхування. Другий та третій рівні системи страхування становлять систему накопичувального медичного страхування.

У законопроекті передбачалось, що громадяни України можуть бути учасниками та отримувати страхові виплати одночасно з різних рівнів системи медичного страхування. Також у законопроекті визначалися принципи, засади і механізми функціонування системи загальнообов'язкового медичного страхування, її об'єкт та суб'єкти, їх права та обов'язки, коло осіб, які підлягають загальнообов'язковому медичному страхуванню, механізм обчислення та сплати страхових внесків.

Передбачалось договірне регулювання системи обов'язкового медичного страхування за такими формами, як:

- договір (поліс) медичного страхування, що укладається на користь застрахованої особи між Фондом медичного страхування та/або Накопичувальним страховим фондом та страхувальниками;
- договір на надання медичних послуг, що укладається між Фондом медичного страхування та/або Накопичувальним страховим фондом та надавачем медичних послуг і включає перелік медичних послуг, їх вартість, обсяги, методи та строки лікування, критерії якості, стандарти лікування, профілактичні заходи, відповідальність тощо;
- договір про співпрацю, що укладається між надавачами медичних послуг різного рівня і включає перелік медичних послуг, які надаються шляхом залучення відповідних фахівців або направлення пацієнта для надання йому необхідної медичної допомоги іншими закладами охорони здоров'я.

Але слід зазначити, що запропоновані у законопроекті зміни, насамперед, щодо скасування Законів України «Про загальнообов'яз-

кове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням» та «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» та інші, на думку Головного науково-експертного управління⁹, призведуть до руйнування діючої системи загальнообов'язкового державного соціального страхування, визначеної Основами законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування та базовими законами у сфері соціального страхування.

У цілому аналіз змісту законопроекту свідчить про те, що він не забезпечує досягнення цілей та завдань, задекларованих у його Пояснювальній записці, а його реалізація не сприятиме вирішенню головних проблем функціонування та розвитку системи охорони здоров'я в Україні, пов'язаних із забезпеченням конституційних прав громадян України на безоплатне надання медичної допомоги, створенням «умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» (стаття 49 Конституції України).

6 Днепропетровск: в результате медицинской реформы практически уничтожается педиатрия

Как рассказала изданию «Днепропетровск. Комментарии»¹⁰ общественная активистка, мама двоих дошкольников Татьяна Охотник, «весной мамы столкнулись с тем, что пришли в поликлиники и не знали, куда обращаться дальше. Например, на Воронцова три участка педиатров перевели во взрослую поликлинику, в неприспособленное крыло».

⁹ Висновок Головного науково-експертного управління від 26.09.2012, http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=44150

¹⁰ <http://dnepr.comments.ua/news/2012/06/01/112313.html>

«Закрили детскую поликлинику на Юбилейном — помещение забрали под нотариат, частично закрыли в Новомосковске. Фактически все детские поликлиники перестали существовать как таковые», — Татьяна обобщает информацию о «перегибах» медицинской реформы, которой делятся между собой родители на городских форумах.

Основными проблемами, как оказалось, стало то, что в созданных амбулаториях в одной очереди к врачу на сдачу анализов стоят взрослые, дети, младенцы, беременные, больные и здоровые. Вторая проблема — ничтожно малое количество семейных врачей должной квалификации. К тому же, поликлиники советской постройки не приспособлены для того, чтобы обеспечить разделение потоков пациентов.

По мнению активистов независимого родительского движения «За наших детей», которые нашли друг друга в Интернете, власть подошла к процессу реформирования непродуманно. Детский кабинет — рядом с психотерапевтом, на Софьи Ковалевской — рядом с кабинетом дерматовенеролога. В Новомосковске сдача анализов — рядом с кабинетом флюорографии. Мамы в Новомосковске не раз были свидетелями, как привозят на обследование людей из тюрьмы, когда идет прием обычных пациентов. Еще один пример по Новомосковску: мама пришла в амбулаторию по месту жительства с направлением на кардиограмму ребенку. Однако получила отказ, поскольку «взрослые» врачи ей сообщили, что не умеют расшифровывать «детскую» кардиограмму.

Таким образом, преобразования проводятся быстро, без предварительной подготовки врачей, кабинетов, пациентов.

Например, в жилом районе Победа детская поликлиника на ул. Космической обслуживала 15–20 тысяч детей. За одну неделю, по решению облздрави, эта поликлиника реформируется, 6 детских педиатров переводят на ул. Героев, 22, где создаются 3 амбулатории.

«В результате — очереди в регистратуру, талончики с боем, сдать кровь — два часа в очереди. Чтобы попасть к ЛОРу, мама с ребенком должна прийти на Героев, отстоять очередь к педиатру, получить направление, пойти на Космическую, получить талончик и там обслужиться у врача. Чтобы сдать развернутый анализ крови, надо идти на Фучика, через Героев, 22. А ведь раньше все находилось в одном здании, врачи всех уровней, амбулатории, массаж, ЛФК», — жалуются родители.

Родители возмущены методами проведения реформы: «Открывается новый детский перинатальный центр, где на спасение одного ребенка могут потратить сотни тысяч гривен, а с другой — разрушают педиатрию. Нелогично. За одну неделю поломали всю систему, которую строили десятки лет».

Ирина Деревянко, общественная активистка, заявила: «Зачем открывать перинатальный центр, вынашивать деток, спасать им жизни, чтобы уже через месяц, когда этот ребенок попадет на обслуживание в амбулаторию, подвергать его риску инфицирования всеми взрослыми заболеваниями?» Многие мамы жалуются, что на приеме у врача ребенку ставят, к примеру, диагноз «бронхит», однако после одевания-раздевания, перехода или переезда в другое здание, очереди на анализы и к узкому специалисту ребенку уже диагностируют воспаление легких.

Татьяна Охотник добавила, что «Мы два месяца бились над тем, чтобы вернули день здорового ребенка, который всегда был во вторник. Дальше регистратуры больного не пропустили бы. А сейчас это невозможно — терапевт принимает постоянно. И приходят к нему преимущественно уже заболевшие взрослые».

Родители заявляют, что, безусловно, реформирование медицины необходимо. Однако преобразования следует проводить в зависимости от потребностей того или иного района, города. Так, по их общему мнению, в крупных районах в городе целесообразнее сохранить детские поликлиники, а принцип организации

медпомощи в амбулаториях целесообразнее применять в отдаленных районах.

7 На Дніпропетровщині зникнуть одразу 12 лікарень¹¹

Такі рішення ухвалили 21.12.2012 на сесії Дніпропетровської обласної ради. На голосування провладної більшості не вплинули ані обурені пацієнти під стінами, ані перестороги опозиції в залі. Влада запевняє: новації потрібні задля ефективнішого використання бюджетних грошей, частину медзакладів приєднують до інших, того ж профілю, медперсонал без роботи не залишать. Між тим супротивники рішення застерігають: воно, як і вся медична реформа в області, не пройшло громадських обговорень.

«Неприпустимо проводити такі рішення без громадських слухань, громадського обговорення. Є лікарні, які об'єднуються, — вони на різних берегах Дніпра, а між ними — міст. Сьома лікарня об'єднується з лікарнею «швидкої» допомоги. Хто запропонував таке безглуздя? Де логіка? Я розумію, що хтось із кимось розправляєється. Невже так можна знищувати наших лікарів? Над нашим медичним експериментом сміється вся країна, а люди — плачуть, бо помирають діти, літні люди», — вважає депутат **Вікторія Шилова**.

«Я прошу: клінічні лікарні Дніпропетровська не чіпайте. І другий момент: наглядові ради лікарень досі не знають про їхню реорганізацію. Навіщо ж ми так місцеве самоврядування штовхаємо?» — додає депутат Катерина Відякіна.

21 грудня 2012 р. під будівлю Дніпропетровської обласної ради зранку в 15-градусний мороз вийшло близько двох десятків пацієнтів 7-ї міської лікарні. Люди прийшли спонтанно, без плакатів і резолюцій. Виявилось: на площі, біля ялинки мітингувати зараз не можна,

¹¹ Радіо свобода. <http://www.radiosvoboda.org/content/article/24805620.html>

міліція виставила кордони і попросила протестувальників геть.

Порушення права на мирні зібрання та/чи право на свободу безпосереднього вираження поглядів

Багаторічний пацієнт 7-ї міської лікарні Георгій обурений: заклад мав добре кардіологічне відділення, а тепер, каже чоловік, планово підлікувати серце йому буде ніде. «Це ж не те, що в людини живіт заболів — він випив таблетку. Це серце. Зупинилось — і все», — зауважив «Радіо Свобода» чоловік.

8 Думка представників громадських організацій, незалежних профспілок та депутатів владою не враховується¹²

«Чумою» називає медичну реформу депутат Дніпропетровської облради Вікторія Шилова. Як відзначає пані Шилова, 95% мешканців області категорично проти реформи у такому форматі, яка не тільки не наблизилася медицину до людей, а навпаки «віддалила її на 80–100 км до найближчого медпункту». І цього не помічають хіба що місцеві чиновники.

Голова громадської організації інвалідів праці, потерпілих, сімей робітників, загиблих на виробництві Дніпропетровської області «Мир» Сергій Шубніков коментує ситуацію: «Упродовж 15 років постійно переглядаються стандарти охорони здоров'я. Якщо раніше я міг лікуватися на стаціонарі місяць, то потім цей термін тільки скорочувався. Тепер, якщо за 7 днів людина не одужує, то ставить під сумнів кваліфікація лікаря. Але ж є ситуації, коли просто неможливо вилікувати за такий короткий час, наприклад, коли до лікарні потрапляє людина з інфарктом».

¹² «Медична реформа: чергове покращення чи квіток на той світ?» <http://life.pravda.com.ua/health/2012/05/3/101606/>

Громадська організація «Мир» сприяла утворенню ініціативної групи «Проти медичної реформи» у Дніпропетровській області. Її активісти наразі намагаються достукатися до влади, щоб та згорнула пілотний проект медичної реформи. Діалог із владою перейшов у звичний формат — листування без сподівань на зміни. Втративши надію, люди вирішили провести мирне зібрання, щоб ініціювати місцевий референдум серед населення.

Однак після того, як було подано заявку на проведення мітингу 27 квітня у Дніпропетровську, Сергію Шубнікову зателефонували з адміністративного суду. Йому повідомили, що міськрада Дніпропетровська подала зустрічний позов, і суд виніс рішення про заборону проведення мирної акції.

Порушення права на мирні зібрання та/чи право на свободу безпосереднього вираження поглядів

«Згідно зі статтею 3 Конституції України, найвища цінність держави — це здоров'я людини. Також у Конституції задекларована свобода слова. А на що наштовхує така заборона?» — запитує Шубніков.

Напередодні мирного зібрання у Дніпропетровську представники Вільної профспілки медичних працівників України (ВПМПУ), ініціативної групи «Проти медичної реформи» та організації «Мир» приїхали розповісти про свої проблеми до Києва. Переконають: на такий крок вони змушені були піти, бо не мають можливості доносити інформацію на регіональному рівні. «Усі канали зв'язку Дніпропетровської області перекриті. На жодний канал ми потрапити не можемо, тому проводимо прес-конференцію тут, у Києві, щоб нас почули...», — каже Вікторія Шилова.

«Цей проект медичної реформи не для людей, а для чиновників», — стверджує Сергій Шубніков.

Ніхто не заперечує необхідності реформувати існуючу систему охорони здоров'я, однак мало хто очікував саме такого результату.

В окремих випадках доходить до абсурду. Як розповіла Вікторія Шилова, на кошти, виділені на реформу, купується томограф вартістю 8 млн. гривень, який вже півроку стоїть без діла, доки придбають відповідне програмне забезпечення (коштує приблизно стільки ж). На його обслуговування щорічно необхідно витратити 5 млн. гривень, яких у бюджеті місцевої лікарні, звісно, немає. Тому для пацієнтів виставляється «ціна» у вигляді благоїдйного внеску в розмірі від 380 до 1500 грн.

Пілотна область проти такого експерименту над людьми. То чи варто медичній реформі давати «повноцінне дихання», запитують гості з Дніпропетровська.

9 «Швидка до вас більше не приїде»

Незабаром в Україні повинні будуть з'явитися центри екстреної медичної допомоги, що складаються з відділень екстреної допомоги і єдиної диспетчерської служби з системою GPS-навігації. Але самі лікарі небезпідставно вважають, що реформа виявиться профанацією.

Розповідає лікар Київської міської станції швидкої медичної допомоги, Голова Вільної профспілки працівників швидкої медичної допомоги Максим Іонов¹³:

«Влітку 2012 року Верховна Рада України, поспіхом, буквально «протягнула» абсолютно «сирий» та «шаблонний» Закон «Про екстрену медичну допомогу», який вступив в дію з 1 січня 2013 року. Це означає, що Міністерству охорони здоров'я тепер відкритий шлях до прийняття наказів й нормативних документів на свій власний розсуд, оминаючи експер-

¹³ Біль докладніше про проблеми «швидкої» на сайті «Майдан» <http://maidanua.org/2013/01/likar-maksym-ionov-shvydka-do-vas-bilshe-ne-pryjide/>

тні й юридичні процедури аналізу зі сторони інших державних установ».

Більше того, 21.11.2012 року Кабінет Міністрів України прийняв постанови, які чітко визначають роботу служби **Екстреної медичної допомоги** (назва **ЕМД** згідно Закону вже з 01.01.2013.) А саме: строго регламентовано час приїзду бригад ЕМД на місце виклику (10 хвилин в місті, 20 — в сільській місцевості); розподіл викликів на «екстрені» та «не екстрені», а також введення пунктів тимчасового базування бригад ЕМД. Результатом цих дій має стати створення Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з відділеннями екстреної медичної допомоги, а також єдина диспетчерська служба з системою GPS-навігації, плюс пункти тимчасового базування бригад.

Що відбувається на практиці?:

Максим Іонов: Якість медичної допомоги або швидкий приїзд. З часом про якість надання медичної допомоги населенню можна буде забути, і ось чому. На сьогоднішній день, головна мета чиновників — час приїзду й подальша екстрена госпіталізація, плюс тотальна економія у всьому. Вже «завтра» основним параметром поставлять критерій «довезли — не довезли», а вже «післязавтра» питання якості надання медичної допомоги відпаде саме собою.

Бо *буде один статистичний показник — «довезли/не довезли»*, а про якість наданої допомоги ніхто навіть і не буде згадувати. Та й хто буде надавати якісну допомогу? Парамедик?

З 1 січня 2013 року на виклик може прийти зовсім не лікар, а фельдшер, а ще через кілька років й зовсім парамедик. Без ліків, без апаратури, без помічника (або тільки з водієм) і саме приkre, що навіть без медичного досвіду! Для мене, як для лікаря, є різниця в госпіталізації пацієнта з гострим коронарним синдромом (інфарктом міокарду), з проведенням інтенсивної терапії, підключеного до дефібрилятора (рівень фельдшера) або госпіталізувати його ж, але вже з проведенням тромболі-

зису на догоспітальному етапі, як це роблять наші кардіореанімаційні бригади.

Чому, піднімаючи питання приїзду бригади ЕМД за 10 хвилин, не піднімається питання жахливого стану автошляхів, вкрай зношеного стану медичного автотранспорту, заторів на дорогах, хамства зі сторони водіїв інших транспортних засобів, абсолютної нечитабельності нумерації будинків і назв вулиць, або повна їхня відсутність, стан заїздів і виїздів в квартали жилих будинків та приймальних відділень лікарень? І цей перелік можна продовжувати.

25.10.2012 в Харкові на пікет проти медичної реформи вийшов один лікар швидкої допомоги. Було заявлено 30

GPS-навігатори. Багато співробітників, а також громадяни були у захваті від очікування системи GPS-навігації. З великим полегшенням зітхнули, коли мова пішла про те, що тепер адресу буде знайти легше й швидше. Але не тут-то воно було! GPS-навігатори встановили не для полегшення пошуку адреси, а для контролю і слідкування за бригадою, щоб диспетчер бачив на моніторі де й яка бригада знаходиться і що в даний момент робить. Хоча, за правдою кажучи, всю цю інформацію й так завжди знали. *Бригада як раніше «крутила» мапу у всі сторони, так досі й продовжує це робити, не маючи можливості нормально під'їхати до місця виклику.* Проте, почався тотальний контроль за паливно-мастильними матеріалами, і адміністрацію не цікавлять довготривалі затори на дорозі, бо ж на моніторі їх не відмічено.

Додаткові пункти базування бригад ЕМД.

Подібний експеримент в Харкові показав повну неорганізованість цих нововведень. На папері було введено 30 таких пунктів, але ж бригади ЕМД висилали змінами чергувати просто під поліклініки або медичні установи, в деяких випадках просто на вулицю, без мінімальної можливості задовольнити свої фізіо-

логічні потреби (прийняття їжі, гігієнічні потреби, тощо). Все це призвело до виражених протестів і нарікань як зі сторони населення, так і самих медичних працівників, які опинились у жахливих умовах.

Кваліфіковані кадри. Останній десяток років — це одна з основних проблем служби швидкої допомоги. На сьогоднішній день по всій Україні відбувається процес постійного відтоку кваліфікованих кадрів. Причини прості: умови праці — все важчі й гірші, заробітна платня — зебрацька, молоді спеціалісти — ніяк не заохочуються, досвідчені лікарі і фельдшери — переходять у більш спокійніші і краще оплачувані умови праці у приватному секторі.

Максим Іонов: В нас у розпалі реорганізація системи охорони здоров'я, що, зі слів чиновників, передбачає оптимізацію лікувальних закладів, а на простій мові і в реальності — їх закриття, продаж або повне знищення. Те саме й зі службою швидкої медичної допомоги. Чиновники взяли її «реорганізувати», не вклавши при цьому ні копійчини, а це призведе до того, що старе знищать, а нового нічого не створять. Неможливо побудувати будинок без коштів, не купивши будівельних матеріалів. Але нашим чиновникам міністерства здається, що можливо.

10 «Реформована» педіатрична служба у Вінниці

Розповідає Ольга, жителька Вінниці: «Мова йде про медичну реформу. Моєму синові вже 10 років і до дитячої поліклініки ми маємо стільки ж років відношення, приходимо сюди часто. Але таке, що пережили, ніколи не бачили! Пішли на прийом до окуліста ще вчора, людей під кабінетом не злічити, розвернулися й пішли додому. Вирішила, що сьогодні з ранку-ранесенько підемо. Лікар приймає два рази на тиждень з 9.00 до 15.00! До реформи щодня був прийом! Прийшли до початку прийому на 9.00, а там стільки людей, що склалося вра-

ження, що додому з учора ніхто й не розходився... Я не знаю, чоловік 30 було, точно не скажу. А я думала, що в числі перших будемо! Зайняли чергу і на прийом потрапили на початку четвертої години дня. Шість годин у черзі! Шість! Всі втомилися від очікування. Такого за 10 років ніколи не було. Ну, стояли в чергах аж півгодини. Ну годину, інколи... Але ж не шість годин, це ж майже робочий день! Жах! Лікар втомлена, я її розумію. Без обіду і перерви. Всі нервові. Діти голодні. Хто ж знав, що так все затягнеться»¹⁴.

Майже 30 тисяч підписів вінничан проти обраної моделі медичної реформи, яку нині тестують у Вінницькій області, зібрало вінницьке громадське об'єднання «Батьки проти медичної реформи»

11 Селяни — Президенту: виключити їх селище із пілотного проекту медичної реформи

Селяни Вороновиці — селище міського типу Вінницького району, 20 кілометрів від обласного центру — вийшли на селищний схід, на якому винесли рішення й оформили це звернення до облдержадміністрації та Президента України з проханням виключити селище із пілотного проекту медичної реформи. Ця акція була викликана намаганням влади прикрити велику районну лікарню, котра обслуговувала приблизно двадцять тисяч мешканців Вороновиці і прилеглих сіл¹⁵.

«Вони зараз називають це «оптимізацією», — розповідає голова Вороновицької селищної ради Віктор Стецький — «хоча насправді це закриття. Йде поступове скорочення персоналу, ліжко-місць. Вже із 80 до 50.

¹⁴ http://zotov-news.blogspot.com/2012/08/blog-post_27.html?showComment=1348840302830#c2413223154375357146

¹⁵ <http://amm.net.ua/pid-vazhkim-chobotom-medichnoyi-reformi.html>

А що таке ліжко-місця? Це і медперсонал, що їх обслуговує, і бюджетне фінансування. А в результаті — багато хворих не можуть отримати належного лікування. Офіційно з прилеглими селами ми обслуговуємо 14 тисяч осіб, а неофіційно — усі 20 тисяч. Багато жителів сусідніх сіл Тиврівського району не мають можливості добиратися до своєї районної лікарні — не існує жодного сполучення, тому їдуть до нас. І ми не відмовляємо. Тим більше, так склалося історично, що лікарню будували спільно сусідні колгоспи. Але звідси виникає і проблема «швидкої». Скажіть, хто повинен їхати до хворого, котрий не приписаний до нашої лікарні? Далі... з'явилися у нас сімейні лікарі. Хворий викликає його, але чим лікарю добиратися до сусідніх сіл? «Швидка» — незалежна від них служба. Та й ту хочуть передати в медицину катастроф. Тільки я не бачу логіки — катастроф тут не було споконвіків».

12 Проміжні підсумки медичної реформи у 2012 році

1. Не відбулося узгодження законодавчого підґрунтя Пілотного проекту реформування галузі медицини з нормами Конституції України, Бюджетного кодексу України, Господарчого кодексу України, Цивільного кодексу України, Кодексу законів України про працю, Закону України «Про оплату праці»¹⁶.

2. Подовжився процес неконституційного скорочення мережі існуючих лікувальних закладів та встановлення плати за послуги у сфері охорони здоров'я.

3. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» не враховує суттєві особливості надання екстреної медичної допомоги. Не враховується існуюча інфраструктура у адміністративно-територіальній одиниці, стан доріг та стан громадського транспорту.

¹⁶ Більш докладно про це «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2011» <http://library.khpg.org/index.php?id=1340911384>

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

5. Станом на кінець 2012 року Центри первинної медичної допомоги в пілотних регіонах не укомплектовані медичними працівниками відповідного рівня кваліфікаційних вимог, а також не мають обладнання для проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.

6. Непрозорість реформи. 24.10 2012 р. на засіданні Уряду була схвалена постанова КМУ № 1113 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». П. 12 Порядку проведення консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики (затверджений постановою КМУ № 996 від 03.10.2012 р.) встановлює, що проект Постанови КМУ потребує обов'язкового обговорення з громадськістю. У п. 8 пояснювальної записки до вищезгаданого Проекту постанови Кабміну було вказано про розміщення останнього на сайті МОЗ України для обговорення. Але цей документ ніколи не був розташований на сайті МОЗ¹⁷.

- *Негативні наслідки впровадження медичної реформи подовжуються*
- втрачаються лікарі-спеціалісти, які не працюють за фахом;
- руйнується педіатрична служба;
- населення пов'язує медичну реформу з погіршенням надання медичної допомоги, особливо для вразливих верств населення.

¹⁷ http://medreformadn.blogspot.com/2012/11/blog-post_21.html#more

13 Рекомендації

1. Привести норми Закону України № 3612 від 07.07.2011 року «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» та Закону України № 3611 від 07.07.2011 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» у відповідність до Конституції України, Бюджетного кодексу України, Господарчого кодексу України, Цивільного кодексу України, Кодексу законів України про працю, Закону України «Про оплату праці»¹⁸.

2. Заборонити скорочення мережі лікувальних закладів та введення платних медичних послуг згідно чинній Конституції України.

3. Посилити контроль з боку правоохоронних органів, прокуратури, за механізмами «реорганізації» лікувальних закладів та дотримання чинного законодавства щодо господарського та трудового права.

4. Посилити контроль з боку громадських організацій за впровадженням реформування системи охорони здоров'я.

5. Підвищити «прозорість» прийняття рішень з усіх питань впровадження медичної реформи, у том числі проводити громадські обговорення нормативно-правових актів, прийняття яких потребує використання цього механізму втілення.

6. Поширювати інформацію про заходи та етапи втілення медичної реформи у життя заздалегідь, до фактичних адміністративних дій.

7. Розвивати Центри первинної медико-санітарної допомоги на базі комплектації їх спеціально підготовленими спеціалістами з відповідною кваліфікацією з урахуванням міжнародного досвіду (до 10 років стажування).

8. Внести зміни до ст. 49 Конституції України щодо скасування положень про безоплатність медичних послуг, гарантувати певний перелік безоплатних медичних послуг (мінімальний базовий рівень, гарантований державою).

9. Після внесення змін до ст. 49 Конституції України визначити джерела фінансування галузі охорони здоров'я: держбюджет та фонд загальнообов'язкового медичного страхування.

10. Рекомендувати Омбудсмену України взяти під особистий контроль шляхи впровадження реформування системи охорони здоров'я з метою запобігання порушень основних невід'ємних прав людини на життя та здоров'я.

¹⁸ «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2011» <http://library.khpg.org/index.php?id=1340911384>

Розділ 2

СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я¹

1 Практика Європейського суду з прав людини за 2012 рік щодо захисту прав пацієнтів у справах проти України

Судячи з практики Європейського суду за 2012² та попередні роки, можна зробити певний висновок, що права пацієнтів можуть бути захищені за допомогою посилання на порушення статті 8 Конвенції, якщо процес та результати ненадання та/або недостатнього надання медичної допомоги не був таким, що фактично може бути визнаний катуванням та/або нелюдським або таким, що принижує гідність, поводженням. У випадку, коли наслідки ненадання або недостатнього надання медичної допомоги є більш суттєвими, слід посилатися на порушення статті 3 Конвенції та просити Суд визнати дані дії такими, що є катуванням та/або жорстоким поводженням, або ст. 2 — якщо закінчилося смертю особи.

Що принципово, стосовно порушення прав пацієнтів у медичних справах рішення Європейським судом з прав людини (далі — Суд) за ст.ст. 2, 3, 8, 14 Конвенції проти України за 2012 рік не приймалися. Це може свідчити як про відсутність порушень з боку владних органів прав пацієнта (що не скидається на правду), так і про недостатню компетентність заявників із України, скарги яких визнаються неприйнятними, чи вони взагалі не подають дані скарги.

¹ Розділ підготовлено Наталією Охотніковою.

² Також див. <http://hr-lawyers.org>

Аналізуючи практику Суду за 2012 рік, необхідно зазначити, що питома вага справ, що стосуються захисту прав пацієнтів, вельми незначна. Це, на нашу думку, пов'язано з декількома аспектами:

1. Текст Європейської конвенції з прав людини не містить окремої статті, що визначала би право людини на охорону здоров'я.

2. Неусталена правова позиція Суду щодо того, як кваліфікувати порушення прав пацієнтів — через статтю 2 (право на життя), 3 (заборона катування), 8 (право на повагу до приватного і сімейного життя), 14 (заборона дискримінації).

У рішеннях попередніх років Суд трактував різним чином схожі за об'єктивною стороною ситуації порушення прав пацієнта, приймаючи за основу наслідки, спричинені діями або бездіяльністю лікаря. Якщо дані діяння призвели до смерті пацієнта, Суд міг визнати порушення ст. 2 Конвенції, якщо страждання були доволі тяжкими — ст. 3 Конвенції, якщо недостатньо, на думку Суду, тяжкими — ст. 8 Конвенції, якщо дії або бездіяльність лікарів, на думку Суду, були спрямовані на дискримінацію окремих осіб за ознаками статі, віку, раси тощо, — ст. 14 Конвенції.

3. Складність та заплутаність подібних справ, небажання Суду аналізувати саме об'єктивну сторону діянь лікарів та давати їм оцінку. Натомість Суд готовий вирішувати питання щодо наявності у конкретній державі

ретельного розслідування в рамках кримінального процесу щодо спричинення шкоди здоров'ю пацієнта діями або бездіяльністю лікаря.

Однак, аналізуючи рішення проти України, винесені Судом у 2012 році, можемо зауважити на певні тенденції.

Так, у справі *Тодоров проти України (Todorov vs Ukraine)* (заява № 16717/05, рішення від 12.01.2012 р.) Суд звернув увагу на перманентне недотримання українською владою прав пацієнтів, що знаходяться у місцях позбавлення волі.

До свого арешту заявнику було діагностовано незрілу катаракту на обох очах і нейродерміт. Після поміщення до СІЗО заявник був оглянутий медперсоналом СІЗО і поміщений під диспансерним наглядом у зв'язку з незрілою катарактою при обтяжуючих обставинах на обидва ока, розсіяною екземою та хронічним гастритом. Протягом перебування у СІЗО стан здоров'я заявника тільки погіршувався. Заявнику була необхідна термінова операція на очах, щоб він повністю не втратив зір. При цьому заявник страждав рядом шкірних захворювань, які ускладнювали її проведення. Суд зазначив, що хоча заявник відмовився від проведення операції на очах, його відмова була пов'язана з рекомендацією лікаря, який вказав про необхідність першочергового лікування шкірних захворювань заявника, оскільки від цього в значній мірі залежав успіх операції на очах. На думку Суду, така відмова не була необґрунтованою. Далі Суд вказав, що національні органи визнали неможливість надання заявнику необхідної медичної допомоги в умовах СІЗО і двічі клопотали про звільнення заявника з цієї причини, однак обидва клопотання були відхилені національними судами, в результаті чого необхідна медична допомога заявнику так і не була своєчасно надана. Суд дійшов висновку, що національні органи не вжили всіх необхідних заходів для запобігання втрати зору у заявника. 9 вересня 2005 року у заявника було констатовано повну втрату зору, і у зв'язку з цим йому надана перша група інвалідності.

Фактично це сталося з вини агентів держави, що не надали необхідної медичної допомоги особі, що її потребувала.

У зв'язку з даними наслідками Суд зазначив, що ненадання належної медичної допомоги особам, які перебувають в установах пенітенціарної системи, є структурною проблемою в Україні

Аналогічне недотримання прав пацієнта, що призвело до тяжких наслідків, спостерігається у справі *«Каверзін проти України»* (заява № 23893/03, рішення від 15.05.2012 р.). За словами заявника, його інвалідність була результатом відсутності належного і, зокрема, своєчасного лікування. На його думку, пошкодженню його ока не був поставлений правильний діагноз у січні 2001 року, що призвело до нездатності отримати необхідне лікування. Заявник стверджував, що як тільки лікарі виявили пошкодження, він повинен був бути доставлений у лікарню і оглянутий лікарем, що спеціалізується на захворюваннях такого роду. Суд надав особливого значення тому факту, що пошкодження ока заявника не розглядалося органами влади впродовж півроку з моменту, коли воно було виявлено в січні 2001 року. Уряд не надав жодних пояснень затримки в наданні заявнику необхідної медичної допомоги. Суд у резолютивній частині рішення постановив, що було порушено статтю 3 Конвенції через відсутність належної медичної допомоги заявникові у зв'язку з пошкодженням його ока в період з січня по вересень 2001 року.

На жаль, суто медичних справ проти України у 2012 році Судом не було розглянуто, однак правову позицію Суду з приводу оцінки з точки зору положень Конвенції ілюструє справа *«Г. В. та Р. В. Проти Республіки Молдова»* (*G. V. and R. V. v. The republic of Moldova*) (заява № 16761/09, рішення від 18.12.2012 р.).

Заявники народилися у 1968 та 1966 роках відповідно та проживають у Штефан-Воде. Вони є чоловіком і дружиною. 4 травня 2000 року

перша заявниця мала народити дитину. Голова відділу акушерства і гінекології (районна лікарня району Штефан-Воде), г-н Б. зробив їй кесарів розтин. Під час процедури він видалив яєчники і фалопієви труби без отримання її згоди. В результаті цієї операції перша заявниця, якій на той час було тридцять два роки, страждала від ранньої менопаузи.

З 2001 року перша заявниця була змушена отримувати медичну допомогу, призначену для протидії наслідкам ранньої менопаузи, в тому числі у вигляді замісної гормональної терапії. За словами її лікарів, вона повинна продовжувати таке лікування до тих пір, доки вона не досягне віку 52–55 років, після чого подальше лікування не потрібно.

За свідченням невролога, з 5 листопада 2001 року перша заявниця страждала на астено-депресивний синдром та остеопороз. 18 лютого 2002 року лікарі виявили, що перша заявниця відчувала приливи, неврози і часте серцебиття. 8 травня 2002 року їй був поставлений діагноз: астенічний невроз. За результатами експертизи, проведеної медичною групою 18 березня 2003 р., видалення яєчників та маткових труб першої заявниці було непотрібним і дана операція призвела до її стерилізації.

26 липня 2006 року психіатр і психолог встановив, що перша заявниця страждала від довгострокових психологічних проблем і що вона продовжує демонструвати ознаки посттравматичного стресового розладу.

15 березня 2005 року суд району Кеушень визнав Б. винним у медичній недбалості, яка завдала серйозної шкоди здоров'ю та тілесної недоторканості жертви. Його було засуджено на шість місяців тюремного ув'язнення, покарання було призупинено на один рік. Суд послався на медичні звіти і виявив, зокрема, що Б. не зміг інформувати заявників про стерилізацію протягом десяти днів після події. Яєчники першої заявниці можна було зберегти, але Б. не вдалося це зробити.

11 травня 2005 року апеляційний суд Бендер залишив у силі це рішення. 2 серпня 2005

Верховний суд скасував рішення нижчих судів і прийняв своє власне судження, визнавши Б. винним, але звільнивши його від кримінальної відповідальності, тому що строк позовної давності для його засудження вже закінчився.

Важливим є підтвердження правової оцінки Судом подібних порушень, що міститься у наступному

Як Суд вже зазначав у попередніх випадках, поняття «приватне життя» є широким терміном, який не піддається вичерпному визначенню. Він охоплює, зокрема, фізичний і психологічний стан людини (див. *X і Y проти Нідерландів*, 26 березня 1985 року, §22, Серія А, № 91., *Претті проти Сполученого Королівства*, № 2346/02, §61, ECHR 2002-III). Зокрема, проведення медичного втручання, яке суперечить бажанням пацієнта, буде втручанням у його права відповідно до статті 8 Конвенції (див. Гласс..., §70).

В даному випадку вітчизняні суди визнали порушення прав першої заявниці. Хоча суди прямо не зверталися до статті 8 Конвенції, вони встановили, що мало місце серйозне втручання у фізичну та психологічну недоторканість першої заявниці за відсутності її відома або згоди.

Руйнівний вплив на першу заявницю від того, що вона втратила здатність до запліднення і від подальших довгострокових проблем зі здоров'ям роблять це особливо серйозним втручанням в її права, передбачені статтею 8 Конвенції, що вимагають достатньо справедливої компенсації.

У світлі вищевикладеного, Суд вважає, що перша заявниця не втратила статусу жертви, і що мало місце порушення статті 8 Конвенції.

Отже, як бачимо, Суд готовий розглядати лікарські помилки принаймні у контексті порушення статті 8 та призначати відшкодування матеріальної та моральної шкоди з боку держави.

2 Аналіз практики національних судів за 2012 рік щодо захисту прав пацієнтів

Аналізуючи практику національних судів на підставі даних, розміщених у Єдиному державному реєстрі судових рішень (далі — Реєстр), можемо також зробити певні узагальнення основних тенденцій, що продемонструвала нам вітчизняна судова практика у 2012 році.

- *Невелика кількість випадків кримінального переслідування осіб, які вчинили злочини, спрямовані на порушення прав пацієнтів*

Так, у Реєстрі нами було знайдено за досліджуваній період лише 4 вирокі, за якими особи притягалися до відповідальності за вчинення злочину, передбаченого ст. 140 Кримінального кодексу України (Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником). І що цікаво, 3 із 4 вироків є фактично виправдувальними, що є взагалі великою рідкістю для вітчизняної судової практики.

Що визначально, в усіх чотирьох випадках наслідками, що виникли внаслідок неналежного виконання медичним працівником своїх обов'язків, стала смерть пацієнтів.

Так, у справі № 1-25\12, вирок за якою був винесений Вишгородським районним судом Київської області, у фабулі були наявні такі обставини.

11.02.11 року ОСОБА_4, будучи завідуючим відділенням, лікарем-терапевтом терапевтичного відділення для соціально-незахищених осіб КМКЛ № 1, без погодження із заступником головного лікаря з медичної частини, замовив службовий автомобіль «Тойота», і наказав підготуватися до транспортування хворих: ОСОБА_7, ОСОБА_8, ОСОБА_11, ОСОБА_6 та ОСОБА_10, а також надав усну вказівку підпорядкованим працівникам ОСОБА_12 та ОСОБА_13 допомогти останнім, маючи намір перевезти вказаних осіб за межі міста Києва та залишити їх там з метою звільнення терапев-

тичного відділення для соціально-незахищених осіб Київської міської клінічної лікарні № 1 для пацієнтів. Після того, як ОСОБА_7, ОСОБА_8, ОСОБА_11, ОСОБА_6 та ОСОБА_10 приблизно о 15 годині були посаджені в автомобіль, ОСОБА_4 надав водію вищевказаного автомобіля усну вказівку відвезти його разом з вищевказаними пацієнтами до м. Вишгорода, де ОСОБА_4 на зупинці громадського транспорту, розташованій на одній з вулиць міста, залишив хворих ОСОБА_7, ОСОБА_8, ОСОБА_11, ОСОБА_6 та ОСОБА_10.

При цьому ОСОБА_4 усвідомлював, що залишені ним особи не зможуть вжити заходів до самозбереження, оскільки температура повітря на вулиці становила від 0 до +1 градуса С, хворі були залишені без грошей. Хвора ОСОБА_7 була інвалідом, в неї відсутні пальці лівої стопи; хвора ОСОБА_9 мала патологічне порушення функцій нижніх кінцівок у вигляді нижньої параплексії з високими рефlekсами, наявністю патологічних неврологічних знаків та привідних контрактур; хворий ОСОБА_6 мав токсичну енцелофалопатію з судомним синдромом та порушення функцій ходи; в хворого ОСОБА_8 малась культя правого стегна на рівні середньої третини, хворий ОСОБА_10 був недоступний речовому\продуктивному\ контакту, мав порушення функцій лівих кінцівок. 11.02.11 року біля 18 години, ОСОБА_7, ОСОБА_8, ОСОБА_11, ОСОБА_6 та ОСОБА_10 були доставлені каретою швидкої медичної допомоги до приймального відділення Вишгородської ЦРЛ, де останнім поставлено діагноз «загальне переохолодження».

11 лютого 2011 року близько 22 години 10 хвилин ОСОБА_7 померла в Вишгородській ЦРЛ внаслідок ішемічної хвороби серця. Та обставина, що цьому сприяв вплив низької температури, в судовому засіданні не знайшла свого підтвердження.

За результатами судового розгляду ОСОБА_4 була визнана винною у скоєнні злочину, передбаченого ч. 1 ст. 135 КК України та отримала покарання у вигляді 1 року позбавлення волі.

За ст.ст. 365 ч. 3, ст.ст. 140 ч. 1 КК України ОСОБА_4 була виправдана.

У справі № 0110/1844/2012 особа, що була винна у спричиненні ушкоджень, що призвели до смерті потерпілого, була визнана винною у скоєнні злочину, передбаченого ст. 140 КК України, однак одразу ж звільнена від відповідальності у зв'язку із закінченням терміну давності притягнення до кримінальної відповідальності.

Фабула справи така: ОСОБА_2, працюючи лікарем-хірургом хірургічного відділення Територіального медичного об'єднання Судацької міської Ради, 25.10.2003 р., біля 20-00 години, будучи черговим лікарем, без погодження із завідувачим хірургічним відділенням, одноосібно прийняв рішення про проведення пункції м'яких тканин верхньої треті лівого плеча та подальшого хірургічного втручання хворому ОСОБА_3, який перебував на лікуванні з діагнозом «Посттравматична гематома лівого плеча з пошкодженням судинно-нервового пучка, синдром розтрошування м'яких тканин лівого плеча». В результаті зазначених дій потерпілому заподіяно ушкодження лівої пахвової артерії, що призвело до зовнішньої кровотечі, внаслідок чого, біля 00-55 годин настала смерть ОСОБА_3.

Майже аналогічними є обставини справи № 1-398/11, за вироком до якої підсудну було визнано невинною у в пред'явленому обвинуваченні за ч. 1 ст. 140 КК України і виправдано.

Єдиною справою, що закінчилася обвинувачувальним вироком, є справа № 2320/1119/12, у якій за вироком було визнано винною особу, що під час виконання своїх службових обов'язків поставилася до них недбало, що спричинило смерть пацієнта

Це справа про отруєння лідокаїном пацієнта, який перебував у стані вираженої інтоксикації, що була обумовлена генералізованою формою раку шлунку. Лікар-анестезіолог, який доглядав хворого у палаті інтенсивної терапії

відділення анестезіології та інтенсивної терапії КЗ «ЧООД», не врахував тяжкий стан хворого та усі протипокази, ввів препарат лідокаїн, що спричинило смерть хворому. Причинно-наслідковий зв'язок між введенням препарату та смертю особи було встановлено комісійною судово-медичною експертизою, що само по собі є екстраординарним випадком у юридичній практиці.

Можемо на підставі даного невеликого аналізу зробити висновок, що національна правозастосовна практика досі йде шляхом потурання низькому рівню юридичної та моральної відповідальності лікарів

- *Наявність позитивних рішень судів про задоволення позовів про відшкодування матеріальної та моральної шкоди лише за тяжких обставин та/або наявності кримінального переслідування особи, що є винною у порушенні прав пацієнта*

Так, у справі № 1305/2-129/10, рішення за якою прийнято 27 серпня 2012 року колегією суддів судової палати в цивільних справах Апеляційного суду Львівської області в аргументації правової позиції суду звертається окрема увага на те, що особа, яка є винною у спричиненні шкоди життю та здоров'ю позивача, була притягнута до кримінальної відповідальності.

За фабулою справи, 20 липня 2007 року під час прийняття пологів у породіллі ОСОБА_3 в Городоцькій центральній районній лікарні (далі ЦРЛ) настала внутрішньоутробна асфіксія плода, що спричинило тяжкі наслідки — смерть плода.

Матеріалами кримінальної справи встановлено, що смерть плода настала в результаті того, що ОСОБА_6, який працював завідувачем акушерсько-гінекологічного відділення Городоцької ЦРЛ, при прийнятті пологів у позивачки неналежно виконував свої професійні обов'язки через несумлінне ставлення до них.

Постановою Городоцького районного суду Львівської області від 16 червня 2009 року ОСОБА_6 визнано винним у вчиненні злочину, передбаченого ч. 1 ст. 140 КК України (невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого), однак від кримінальної відповідальності звільнено у порядку та на умовах, передбачених п.п. «г» і «д» ст.ст. 1, 6 Закону України «Про амністію» від 12 грудня 2008 року, а кримінальну справу провадженням закрито.

Суд апеляційної інстанції виніс доволі нечасте для вітчизняної практики рішення про те, що рішення Городоцького районного суду Львівської області від 16 листопада 2010 року необхідно змінити, збільшивши розмір грошового відшкодування моральної (немайнової) шкоди, що підлягає стягненню з Городоцької центральної районної лікарні Львівської області на користь ОСОБА_3, з 30 000 грн. до 80 000 (вісімдесяти тисяч) грн.

Вважаємо, що головною причиною прийняття судом такого процесуального рішення, виходячи з тексту рішення, стало доведення за допомогою кримінального провадження вини лікаря у вчиненні неналежного виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, яке спричинило тяжкі наслідки для хворого — у даному випадку у вигляді смерті дитини.

- *Неготовність судів задовольняти позови проти лікарень та лікарів, винних у спричиненні шкоди життю та/або здоров'ю пацієнтів*

Як ми бачимо згідно до даних Реєстру, у 2012 році було винесено 27 рішень у рамках цивільного провадження щодо так званих «лікарських справ».

При цьому у 18 справах з 27 проаналізованих було винесено рішення про відмову у задоволенні позову повністю, у 9 справах суди

винесли рішення про часткове або повне задоволення позову.

Дана тенденція є характерною і для попередніх років. Незважаючи на збільшення кількості винесених по суті рішень у «медичних справах», суди все одно наслідують ті самі тенденції, що і у попередніх роках — відмову у задоволенні позовів про відшкодування матеріальної та/або моральної шкоди повністю або частково.

- *Необґрунтована позиція судово-медичних експертів стосовно оцінки дій та/або бездіяльності лікарів, наслідків їх діянь та причинно-наслідкового зв'язку між ними*

Так, у вироку по справі № 1-25\12 відсутність причинно-наслідкового зв'язку між залиценням лікарем на вулиці за низької температури декількох хворих та смертю одного з них на наступний день підтверджується саме показаннями судово-медичного експерта.

Допитаний в судовому засіданні судмедексперт ОСОБА_22 суду пояснив, що смерть ОСОБА_7 наступила від хронічної ішемічної хвороби серця з розвитком недостатності. Про ознаки впливу низької температури на тіло ОСОБА_7 вказують висновки гістологічного дослідження. Разом з тим вказано, що на тілі ОСОБА_7 мали місце ознаки обмороження, які були спричинені задовго до настання смерті, про що свідчив некроз стоп. Наскільки вплинуло перебування при низькій температурі за декілька годин до смерті ОСОБА_7 на її смерть, вказати не може. Суду пояснив, що про дію низької температури свідчать точечні крововиливи на слизовій оболонці лоханок нирок — це макроскопічні порушення. Переохолодження не є причиною смерті ОСОБА_7, причиною смерті є ішемічна хвороба серця. Вплив низької температури має ймовірний характер.

Оскільки інших доказів взаємозв'язку між дією низької температури та настанням смерті ОСОБА_7 суду не надано, то суд не встановив причинно-наслідкового зв'язку між діями

лікаря та смертю пацієнта і, як наслідок, виправдав підсудного за ст. 140 КК України.

У цивільному провадженні спостерігається аналогічна ситуація: у справі №№ 2-5428/11 про відшкодування шкоди, завданої ушкодженням здоров'я, згідно Висновку комісійного розгляду щодо якості надання медичної допомоги пацієнтці ОСОБА_1 від 14.12.2009 року, яке міститься в матеріалах справи (а. с. 61–62), виникнення післяопераційного ускладнення у позивача у вигляді остеомієліту можна пояснити схильністю до даного захворювання завдяки анатомо-фізіологічним особливостям будови нижніх кінцівок, а саме відсутністю достатньої кількості м'язів, атрофією м'язів, підвищеним вмістом підшкірної жирової клітковини.

Тобто, частіш за все судово-медичні експерти стають на бік своїх колег-лікарів, не підтверджуючи причинно-наслідковий зв'язок між діями або бездіяльністю лікарів та наслідками у вигляді спричинення шкоди здоров'ю пацієнтів

3 Рекомендації

1. Юристам — більш детально вивчати практику Європейського Суду з прав людини для розуміння логіки та прецедентної практики Суду стосовно «медичних справ».

2. Звернути увагу юристів на те, що права пацієнтів у Європейському Суді з прав людини можуть бути захищені за допомогою посилення на порушення статті 8 Конвенції, якщо процес та результати ненадання та/або недостатнього надання медичної допомоги не був

таким, що фактично може бути визнаний катуванням та/або нелюдським або таким, що принижує гідність, поведженням. У випадку, коли наслідки ненадання або недостатнього надання медичної допомоги є більш суттєвими, слід посилатися на порушення статті 3 Конвенції та просити Суд визнати дані дії такими, що є катуванням та/або жорстоким поведженням, або ст. 2 — якщо закінчилося смертю особи.

3. Скласти збірник зразків позовних заяв у «медичних справах» у рамках цивільного провадження у національному процесі з посиленням на норми Конвенції.

4. Звернути увагу юристів на необхідність коректно формулювати позовні вимоги у національному судочинстві, вказуючи не лише матеріальну та моральну шкоду у якості позовних вимог, але й вимагати визнати дії або бездіяльність медичних працівників протиправними.

5. Учасникам кримінального та цивільного провадження більш широко застосовувати альтернативну експертизу у якості додаткової аргументації на підтвердження позовних вимог.

6. Судам — враховувати при винесенні рішення ступінь наслідків, які були спричинені внаслідок дій або бездіяльності відповідачів; аналізувати висновки судово-медичної експертизи та показання експертів у межах судового розгляду з позицій її об'єктивності та обґрунтованості висновків, а також відповідності фактичним обставинам справи.

7. Державним експертним закладам — зробити дієвою систему дисциплінарної відповідальності експертів за низький рівень проведення експертизи, неповне дослідження всіх обставин та матеріалів тощо.

ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

Розділ 3

ПРАВА ЛЮДИНИ У СФЕРІ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

Впродовж останніх років смертність в Україні становить близько 800 тисяч осіб на рік, з яких майже 90 тисяч помирають від онкологічних захворювань. Згідно з рекомендаціями ВООЗ та міжнародних експертів, з них понад 60% (тобто біля 500 тисяч пацієнтів) на термінальній стадії потребують професійної паліативної та хоспісної допомоги¹.

Паліативна допомога — 1) комплексний підхід, мета якого — забезпечити максимально можливу якість життя паліативних хворих і членів їхніх родин шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів болю та розладів життєдіяльності, проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки, незалежно від захворювання, віку, соціального статусу, національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання хворого тощо; 2) підхід, спрямований на поліпшення якості життя пацієнтів та їхніх сімей, перед якими постали проблеми, пов'язані з хворобою, що загрожує життю, через попередження та послаблення страждань шляхом ранньої ідентифікації і точної оцінки, а також знеболення та забезпечення розв'язання

інших проблем: фізичних, психологічних і духовних.²

Хоспісна допомога — 1) складова паліативної допомоги, яка надається паліативним хворим, насамперед, на термінальних стадіях захворювання і членам їхніх родин фахівцями, які одержали спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги; 2) допомога, змістом якої є надання підтримки людям, що перебувають на останній стадії термінальної хвороби³.

1 Статистичний аналіз становища паліативної допомоги в Україні у 2012 році

В Україні проблема розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги (ПДХ) з кожним роком набуває дедалі більшого значення та гостроти. Сьогодні в нашій країні проживають близько 3 млн. людей старших за 75 років, більша частина з них страждає на онкологічні, хронічні соматичні захворювання, дегенера-

² МОЗ України, проект Наказу «Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс», відділення паліативної та хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної бригади паліативної допомоги від 10.12.10.

³ МОЗ України, проект Наказу «Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс», відділення паліативної та хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної бригади паліативної допомоги від 10.12.10.

¹ Розділ підготовлено Ольгою Луб'яною, Віталієм Кучинським.

тивні ураження головного і спинного мозку, периферичної нервової системи й опорно-рухового апарату та інші захворювання, які супроводжуються хронічним больовим синдромом та іншими важкими порушеннями життєдіяльності. Ці люди потребують тривалого медико-соціального догляду та комплексної допомоги. Крім того, на онкологічні захворювання хворіють і молоді люди та діти. На термінальній стадії захворювання вони теж потребують ПХД. Станом на 1 січня 2011 року на обліку в онкологічних установах перебувало понад 5,5 тисяч дітей. Актуальність проблеми розвитку ПХД підвищується і з поширенням ВІЛ-інфекції та СНІД, туберкульозу, гепатитів В і С тощо.

За даними Національного канцер-реєстру, в Україні від 30% до 60% усіх хворих на рак не отримують спеціального лікування, що безумовно впливає на рівень смертності, летальності та виживання хворих.

Біля третини хворих на злоякісні новоутворення органів травлення та половина хворих на злоякісні новоутворення органів дихання не отримують спеціальне лікування, в зв'язку з чим 30–50% хворих не переживає року.

В 2011 році спеціальне лікування отримали 68,7% первинних хворих, від 61,6% — в Дніпропетровській області, до 78,4 — в Одеській області. Найменший показник охоплення спеціальним лікуванням було зареєстровано серед хворих на злоякісні новоутворення підшлункової залози (25,8%), легені (42,1%), шлунка (46,0%), стравоходу (50,8%)

Вивчення онкоепідеміологічної ситуації в Україні показало, що рівень захворюваності населення у 2010 році порівняно з 2009 роком зріс на 3,8%; стандартизовані за віком показники достовірно зросли на 2,5%.⁴

⁴ <http://palliative.at.ua>

Тож, за оцінками експертів, сьогодні професійну ПХД у медичних закладах та вдома отримують менше 10% пацієнтів на термінальній стадії захворювань. Хоча щороку її потребують півтора мільйони помираючих хворих та членів їх родин.

«Моя сестра не спала впродовж трьох місяців, постійно стогнала, кричала, благала знеболювання. Ці її простягнуті до мене руки я не зможу забути до кінця свого життя. В неї був рак матки. До лікарів звернулася дуже пізно, надто пізно. Доки могла, знімала болі анальгіном, баралгіном, но-шпою, кетанолом... Коли почало вже дуже боліти, звернулася до лікаря, а він направив до онколога. Той і сказав, що лікувати вже надто пізно, призначив тільки знеболювальне... Спочатку назначили 2 ампули морфію, але їх не вистачало. Потім я пішла до онколога, благала — призначив 4 ампули... Але медсестра приходила тільки зранку та ввечері, в суботу та неділю взагалі не приходила. До нас їхати далеко, та й в неї ще багато пацієнтів. Я просила залишити ампули мені, щоб я сама колола — та вона ж права на це не має. Я розумію...»

«Біль з'явився десь півроку тому. Саме він примусив мене звернутися у лікарню. Інколи біль зменшується, інколи стає нестерпним. Сила болю залежить від знеболюючих. Частіше біль з'являється вночі. Я намагаюся не заважати рідним, але дружина все одно прокидається, коли я починаю стогнати... Цей біль зовсім зіпсував моє життя! Хотів поїхати з дружиною у село, на природу, але яке там село! Тут і у місті на медсестру не дочекаєшся!.. Дружина просила збільшити дозу знеболюючого, але лікар сказав, що це максимум. Такий закон.»

Більшість лікарів вважає, що максимальна добова доза морфіну гідрохлориду становить 50 мг — як вказується в інструкції з вживання препарату. Але рекомендації ВООЗ з лікування хронічного больового синдрому не містять такого обмежування у застосуванні морфіну. Міф про те, що перевищення добових доз призводить до зупинки дихання, галюцинаціям, порушенню мозкового кровообігу у пацієнтів, що страждають від хронічного больового син-

дрому, давно був спростований сучасною медичною наукою. Але в Україні до останнього часу не дотримувалися рекомендацій ВООЗ.

2 Історія онкохворого зі Сєверодонецька — приклад порушення прав людини, що потерпає від хронічного больового синдрому

Одним із яскравих прикладів порушень прав онкохворих, які страждають від хронічного больового синдрому, стала історія пацієнта зі Сєверодонецька (Луганська обл.). Його рідні звернулися по допомогу до Харківської громадської організації «Інститут правових досліджень і стратегій» коли всі їхні спроби допомогти рідній людині виявилися марними.

«У моего отца онкология 4-й стадии с метастазами в позвоночник, он лежащий и постоянно требует ухода. В качестве обезболивающего мы применяем буторфанол тартат, но в связи с перерегистрацией он пропал в аптеках и появится после 15 марта. Другие подобные препараты ему не помогают, а трамадолосодержащие препараты лечащий врач отказывается выписывать, так как препараты, получаемые по красным бланкам, у нас разрешают применять только в отделении. Ложиться в отделение он отказывается (хочет умереть дома), да и доставить его туда в его состоянии, не травмировав, невозможно. Принимал отец буторфанол 8 месяцев, покупали в аптеке только по рецептам врача».

Також родичі онкологічних хворих Луганської області зверталися у різні інстанції, зокрема, в МОЗ України, в Головне управління охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації із заявою з приводу організації їм, згідно з наказом МОЗ України № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України «п. 3.10, п. 3.11 стаціонару на дому із забезпеченням наркотичними знеболювальними препаратами.

Як стало зрозуміло з офіційної відповіді, медична допомога онкологічним хворим в м. Сєверодонецьк не припускає організації стаціонару вдома і забезпечення їх наркотичними знеболюючими препаратами. Також звертає на себе увагу той факт, що після 8 місячного прийому буторфанолу (препарат, котрий призначили онкохворому) призначення трамадолу не відповідає нормативам раціонального знеболювання (триступінчати сходи ВООЗ), інакше кажучи, трамадол при вираженому больовому синдромі не є ефективним. Підбір же знеболюючих препаратів цілком можливий і при знаходженні хворого у себе вдома. Після телефонного звернення сина хворого на Гарячу лінію Луганської обласної державної адміністрації ситуація змінилася і додому до пацієнта три рази в день почала приїжджати машина швидкої допомоги. Зі слів сина пацієнта, медичні працівники швидкої допомоги вводять знеболюючий препарат (морфін), після чого кожен раз просять підписати відмову від госпіталізації. В даному випадку адекватна медична допомога після тритижневої перерви(!), відновилася.

На початку березня 2012 року надійшла відповідь на запит ГО «Інститут правових досліджень та стратегій» до Головного управління охорони здоров'я Луганської ОДА щодо ситуації з паліативною допомогою у області. У відповіді начальника Головного управління охорони здоров'я ЛОДА говорилося про розвинутість паліативної служби у Луганській області: у області є 192 ліжко-місця, та за 2011 рік на цих ліжках надано допомогу 1407 інкурабельним хворим різних нозологій. Але з тексту відповіді стає зрозумілим, що кабінети протибольової терапії у області не впроваджені всупереч Регіональній цільовій комплексній програмі розвитку системи охорони здоров'я Луганської області на 2011–2014 роки. Причина зазначається, нібито, вагома: штати кабінетів протибольової терапії не передбачені наказом МОЗ № 33 від 23.02.2000 року «Про штатні нормативи...» Але для чого тоді було прописувати у Регіональній програмі те, що не має права на існування з точки зору чиновників взагалі?

Друге важливе: про виїзні служби. У відповіді на запит йдеться, що накази Головного управління охорони здоров'я ЛОДА стосовно організації виїзних служб для обслуговування стаціонарів на дому не приймалися за відсутністю регламентуючих документів МОЗ України. Таким чином, на підставі цієї відповіді можна зробити висновок, що стаціонари на дому для хворих, які обслуговуються лікувальними закладами обласного підпорядкування, взагалі не створюються та виїзних бригад для обслуговування стаціонарів на дому згідно наказу МОЗ № 11 від 21.01.2010 «Про затвердження...» не існує. Резюмуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що наказ МОЗ № 11 від 21.01.2010 «Про затвердження...» у області не виконується, хворі з помірним та вираженим больовим синдромом не отримують наркотичні анальгетики, якщо вони бажають лікуватись у себе вдома.

Звернення на телефон Гарячої лінії, створеної Луганським обласним благодійним фондом ім. Ю. Яненка, яскраво свідчать про те, що у Луганській області існує дуже велика проблема з медичною допомогою невиліковно хворим людям.

За означений період зареєстровано 581 звернення, із них тільки 260 осіб (44,7%), які страждають на невиліковні хвороби і потребують паліативної допомоги та проведення супортивної терапії, спрямованої на полегшення страждань.

Найчастіші скарги:

- з приводу відмови у госпіталізації (26,3%),
- грубе та зневажливе ставлення медичних працівників до пацієнта та його родичів, що суперечить основним принципам медичної етики (16,5%)

- *Ось що думають жителі Луганської області про стан з ПХД у їхньому регіоні*

«Открытие хосписа — это хорошо. Вот только далеко не все семьи отдадут туда своих родных. Все-таки соседство с умирающими рядом людьми довольно тягостно.

И если есть возможность обеспечить уход дома... В других городах на такой случай есть патронажная служба. То есть приезжает медсестра и колет паллиативному больному морфин. Два раза в день. А в Северодонецке эту службу, после создания онкоотделения, похоже, «оптимизировали». Сами же родственники такой укол сделать не могут, поскольку отпуск морфина через аптеки запрещен. Только через стационарные медучреждения. В результате находящиеся дома северодонецкие онкобольные на последней стадии испытывают нечеловеческие муки боли. А это несколько сотен в год. Наказывать за это надо и медиков, и власть.» «У моих родственников из Донецка возникла та же проблема. Морфины только в хосписе. Возили больного на уколы 2 раза в день туда. Так что это проблема не городского, а государственного масштаба. На городском уровне решить непросто». «Только не надо на врача все спихивать, как у нас заведено. Было время — выписывали и трамадол, и морфин на дому кололи, только было это десятилетие назад. Пока чинуши не начали бороться с наркоманией. Что думаете, врачу трудно или жалко выписать рецепт на обезболивающий препарат?!

Да нет проблем... Только приказы «сверху» летят о том, что нужно бороться с наркоманами, и вдруг кто-то из врачей пойдет по неверному пути. Естественно, что нариков меньше не стало. Они как раз находят себе источник удовольствия. А страдают от этого простые люди».

А ось думка головного лікаря Черкаського онкодиспансера Віктора Парамонова:

«К примеру, в сельской местности приехали со справкой, что больной нуждается в наркотическом обезболивании. Больной, приехав в село, лежит дома. В районной больнице взяли пакет препаратов. Кто-то же должен эти препараты уколеть. Кого-то для этой цели вызывают специально. Ночью укололи. А днем? Ну, как-то перемучается, как-то перетерпит. А почему не три укола в день, почему не пять? Где написано, что колоть нужно два раза? Иногда спрашиваю у врачей: «Сколько максимально раз можно больного уколеть в день?». Длинная пауза...

Потом отвечают: «Три». А почему три? — Ну, пять. — Почему пять? А двадцать пять? — Ну, нет... А почему? Где написано, что это запрещено? У врачей включается внутренний барьер и возникают эти искусственные ограничения и самоограничения. А кабы чего не вышло...».

3 Законодавчі зміни у 2012 році

Спробуємо з'ясувати, як має бути за законом. Згідно з чинними законами та іншими нормативно-правовими актами України, пріоритетними напрямками діяльності Міністерства охорони здоров'я України є реалізація державної політики, спрямованої на збереження життя і здоров'я кожного громадянина, забезпечення його конституційного права на медичну допомогу, в тому числі професійної медичної допомоги, соціальної опіки, психологічної та духовної підтримки на термінальній стадії життя⁵. Реалізація цього важливого медико-соціального завдання вимагає поєднання зусиль різних клінічних установ і фахівців, підвищення кількості спеціалізованих паліативних та хоспісних відділень, а також окремих паліативних та хоспісних ліжок в онкологічних і загальноотерапевтичних стаціонарах, організації професійної ПХД за домашніх умов.

Тож, упродовж 2010–2011 років було здійснено низку заходів щодо удосконалення нормативно-правової бази і функціонування служби ПХД. Зокрема, у травні 2010 року був виданий спеціальний Наказ МОЗ України та НАМН України № 409/36 «Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», в якому передбачені заходи щодо розвитку ПХД онкологічним хворим.⁶

⁵ Матеріали колегії МОЗ України від 29.04.2010 «Розвиток хоспісної та паліативної медицини». — <http://www.moz.gov.ua/ua>

⁶ Наказ МОЗ України та НАМН України № 409/36 від 14.05.2010 «Про виконання завдань та заходів Загально-

Доглядаючи події 2012 року у царині паліативної та хоспісної медицини, можна констатувати досить суттєві зміни, що відбувались впродовж року. Без перебільшення можна сказати, що 2012 рік пройшов під гаслом — «Зупинити біль», тобто відбувалися певні кроки до покращення ситуації з доступом до знеболення. Ці кроки стосуються перш за все удосконалення нормативно-правової бази ПХД, узгодження її з міжнародними стандартами та рекомендаціями. Велику роль у цьому процесі зіграли громадські організації. Розглянемо ці кроки детальніше.

4 Кампанія «STOP-БІЛЬ»

У січні 2012 року за організаційної та фінансової підтримки Програми «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження» стартувала кампанія з підтримки доступу до знеболення «STOP-БІЛЬ». В рамках цієї кампанії впродовж всього 2012 року проводились заходи, спрямовані на термінову зміну ситуації із знеболенням в Україні, зокрема проблеми відсутності таблетованого морфіну та вкрай обтяжливої системи призначення знеболюючих препаратів, що досі існує в нашій країні. Матеріали, що вийшли в ефір українських каналів, яскраво свідчили, що ситуація з доступом до знеболення в Україні залишається випробуванням як для пацієнтів, так і для їх близьких. Історія Людмили Мельник з Черкас — це доказ того, що існуюча система забезпечення знеболюючим сама штовхає людей на злочин.

«Мне надо уколоть, а нет укола. Я говорю — Саша встал и пошел быстро к ресторану. Покупай наркотики, какие хочешь, я не знаю как».

Медсестра приходит только днем. И только тогда становится легче. Но ночью их оставляют один на один с болью, когда рабочий день

державної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року».

человека в белом халате заканчивается. А оставит спасительную ампулу обезболивающего не позволяет закон. Не проконтролировать лично использование опиоида — значит стать наркоторговцем... Клеймо наркоторговцев угрожает не только фармацевтическим предприятиям, но и чиновникам здравоохранения на местах. Любые предложения по усовершенствованию помощи смертельно больным остаются нереализованными, все из-за той же борьбы с наркоманией.

Саме такий висновок зробили журналісти програми «Подробности» телеканалу «Інтер» після відвідування тільки однієї хворої у Черкасах, де загалом близько 300 онкохворих на останніх стадіях потребували якісного знеболення. В Україні епідемія болю — ця думка висвітлювалась у багатьох сюжетах, статтях та інтерв'ю у ЗМІ.

За ініціативою «STOP-БІЛЬ» було написано відкритого листа до Президента України.

У відкритому листі до Президента⁷ міститься прохання про невідкладне затвердження проекту Постанови Кабінету Міністрів «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в закладах охорони здоров'я». Постанова може суттєво полегшити життя пацієнтів, особливо з віддалених районів України, адже передбачає: — можливість зберігати вдома десятиденний запас необхідних препаратів; — призначення необхідного препарату або збільшення дозування робиться без комісії на розсуд лікаря.

Це поверне лікареві авторитет. Саме він нестиме відповідальність за призначення та дозування препарату. При цьому рідних та пацієнта попереджатимуть про можливість відповідальності у разі нецільового використання призначених ліків. Проект Постанови був винесений на громадське обговорення і одночасно відбувалися останні консультації із профільними міністерствами перед поданням до Кабміну.

⁷ <http://stopbil.in.ua/>

26 червня 2012 року у рамках кампанії «STOP-БІЛЬ» відбулася прес-конференція «Одна хвилина болю». Відбулася у день, який Генеральна Асамблея ООН відзначила як Міжнародний день боротьби із незаконним обігом наркотиків і як Міжнародний день на підтримку жертв катувань. В Україні 26 червня потрібно визнати днем на підтримку невиліковно хворих та їх рідних, що зазнають щоденних тортур із мовчазної згоди чиновників.

«Кожен із чиновників, якому доведеться приймати це рішення, може взяти в себе чай, чайник, накуп'ятити водички, набрати її в кружку, взяти цей кип'яток ось так в руку і рівно одну хвилину потримати, а потім помножити це на 24 години».

Саме так Дмитро Шерембей — голова благодійного фонду намагався роз'яснити чиновникам необхідність термінової реєстрації таблетованого морфіну в Україні.

5 Законодавчі зміни у 2012 році. Адапована клінічна настанова

24 квітня 2012 року стався дуже суттєвий крок до покращення ситуації із знеболенням в Україні — Міністерство охорони здоров'я України створило Наказ № 311 **Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі**. Цим Наказом впроваджується стандарт надання допомоги пацієнтам при хронічному випадку больового синдрому.

28 травня 2012 року Міністерство охорони здоров'я України розіслало цей Наказ до обласних управлінь охорони здоров'я.

У адаптованій клінічній настанові з контролю болю до Наказу № 311 визначається триступенева схема «сходинок» знеболювання ВООЗ.⁸

⁸ МОЗ України Наказ № 311 від 24.04.2012 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі». — С. 70.

Також в Настанові надаються таблиці Максимальних добових доз опіоїдів для первинної ланки медичної допомоги. Максимальна добова доза морфіну становить 200 мг на добу — це на відміну від норми, що існувала до Наказу — 50 мг на добу.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ та ІАРНС (2008), існують три основних рівні знеболення при хронічному больовому синдромі у онкологічних пацієнтів:

1 рівень — за наявності *слабкого болю* — призначають **ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби** з анальгетичною дією, за необхідності з використанням **додаткових (допоміжних, ад'ювантних) ЛЗ**, спрямованих на потенціювання дії анальгетиків та контроль інших симптомів хвороби, зокрема препаратів заспокійливої дії

2 рівень — за наявності *помірного болю* та неефективності одних лише ненаркотичних анальгетиків додатково до препаратів 1-го рівню призначають **слабкі наркотичні (опіоїдні) анальгетики**, а також означені вище **ад'ювантні лікарські засоби**

3 рівень — за наявності *сильного та нестерпного болю* та неефективності терапії препаратами 1-го та 2-го рівнів призначають **препарати потужних опіоїдних анальгетиків з групи морфіну**, не виключаючи при цьому ненаркотичних анальгетиків та необхідних допоміжних (симптоматичних) лікарських засобів. Підбір доз опіоїдних анальгетиків здійснюється **за висхідним принципом** (від нижчої до вищої) аж до отримання необхідного фармакотерапевтичного ефекту

Тож, Наказ № 311 став суттєвим кроком до отримання головної мети адвокаційних кампаній громадських організацій — гаранту-

вання доступності адекватного знеболювання, у тому числі й опіоїдними анальгетиками, з боку держави.

Утім, залишається невирішеним ще багато суттєвих питань. Одне з них — це відсутність в Україні таблетованого (перорального) морфіну.

6

Доповідь правозахисних організацій

У доповіді «Ми маємо право жити без болю та страждань» (Звіт правозахисних організацій про дотримання прав паліативних пацієнтів в Україні)⁹, поданої «Інститутом правових досліджень та стратегій» (м. Харків), означені основні проблеми, пов'язані з відсутністю таблетованого морфіну в Україні. У цьому звіті надані свідчення пацієнтів, їх родичів, керівників, медичних та соціальних працівників, зібрані представниками правозахисних організацій у Харкові, Рівно та Сімферополі протягом 2009–2012 років. У дослідженні брала участь також міжнародна неурядова організація Human Right Watch¹⁰, що дало можливість зробити погляд на проблему «біль» об'єктивним та врахувати можливі міжнародні відмінності.

Як відомо, пероральний морфін включено ВООЗ в Приблизний перелік основних лікарських засобів та на його використанні базується перший принцип ВООЗ з лікування хронічного болю: якщо є можливість, опіоїдні анальгетики повинні призначатися у пероральних формах (таблетки або сироп). В Україні досі відсутня таблетована форма морфіну і це є майже головною проблемою, яка ускладнює доступ до знеболюючих препаратів паліативних хворих. Річ у тому, що згід-

⁹ Мы имеем право жить без боли и страданий: отчет правозащитных организаций о соблюдении прав паллиативных пациентов в Украине. [А. Роханский, А. Котенко, Ю. Лазаревич, Е. Баборыкин, Е. Дружинина]: под ред. О. Лубяной. — К.: Издательский дом «Калита», 2012.

¹⁰ Human Right Watch, 350 Fifth Avenue, 34th floor, New York, NY 10118-3299 USA, hrwnyc@hrw.org

но з чинним законодавством України, призначення ін'єкційних форм морфіну повинні виконувати тільки медичні працівники, які ще піддаються суворій звітності підрахування використаних ампул. Медичні працівники не мають права залишати ін'єкційні форми морфіну вдома у хворого.

З іншого боку, виходячи з чинного законодавства України, хворі мають право купувати таблетований морфін у аптеці за рецептом, але такої форми не існує на фармацевтичному ринку України.

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

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

Існування пероральних фармацевтичних форм морфіну дозволило б хворим купувати їх за рецептом та самостійно приймати ліки у разі потреби та за принципами ВООЗ

Це вельми актуально для жителів сільської місцевості, так як у багатьох сільських районах не налагоджені виїзди патронажної медсестри. Дуже часто в селах паліативні пацієнти взагалі не отримують опіоїдні анальгетики.

Ще одна величезна проблема, про яку повідомлялось світовій спільноті на XVIII Interna-

tional AIDS Conferens Vienna, 18–23 July 2010 — вкрай тяжке становище хворих з ВІЛ/СНІД, які потребують паліативної допомоги та мають хронічний больовий синдром. Через стигму такі пацієнти часто не мають можливості отримати опіоїдні анальгетики для купірування больового синдрому попри існування спеціального клінічного протоколу.¹¹

В рамках заборони катувань і жорстокого поводження український уряд несе позитивне зобов'язання щодо захисту будь-яких осіб у межах своєї юрисдикції від нелюдського або принижуючого гідність поводження, в тому числі від невинуватих страждань, спричинених гострим болем. Оскільки пропонувані українською державною охороною здоров'я методики лікування болю фундаментальним чином розходяться з визнаною сучасною міжнародною практикою, а уряд не вживає належних заходів щодо зміни ситуації, то це може бути кваліфіковано як порушення заборони тортур і жорстокого, нелюдського і принижуючого гідність поводження.¹²

«...стало понятно, что боль со мной долго. И мне была назначена комбинация из таблетированного морфина длительного и короткого действия. 2 раза в день, строго по часам, я должна была принимать таблетки морфина длительного действия, а если между этими приемами мне все еще было больно, я могла принять дополнительную дозу морфина короткого действия с быстрым наступлением эффекта. И... и у меня началась ЖИЗНЬ! Я выпивала утром таблетку и ехала гулять. Я танцевала на центральной площади на коляске. Я работала, я решала десятки своих вопросов, Я ЖИЛА! И лишь если, закрутившись в своих делах, я забывала принять следующую дозу обезболивающего, я вспоминала о том, что у меня есть боли... морфиновые боли... И я бежала

¹¹ МОЗ України «Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію» № 368 від 03.07.2007

¹² Доповідь Human Rights Watch «Неконтрольований біль. Зобов'язання України щодо забезпечення паліативної допомоги згідно зі стандартами доказової медицини», травень 2011, С.16.

к своей дозе, глотала ее и через час снова была обычным человеком, который смеялся, работал, болтал с друзьями и т. д. Я совсем не была «торкнутым зомби», которым делали меня инъекционные наркотики, я была обычным человеком!!! Это было похоже на волшебство!» — це слова Ірини Гавришевої, яка із власного досвіду знає, як важливо дати людині ЖИТИ навіть тоді, коли прогноз життя обмежений. Навпаки, саме в ці останні дні так важливо не дати болю зупинити життя.

На легалізацію таблетованого морфіну в Індії знадобилось 20 років. Індійські законодавці теж вважали, що морфін у таблетках сприяє поширенню наркоманії у країні, а не якісному та швидкому знеболенню невиліковно хворих

Але ось що розповідає британська медсестра **Джиліан Берн** — співробітниця ВООЗ, яка їздить по неблагополучних країнах та допомагає в організації ПХД.

«Несмотря на все изначальные опасения, в Индии теперь морфин можно использовать и дома. Просто со временем люди осознают: больные не становятся зависимыми от морфина. Нужно понимать, зачем пациенты используют этот препарат. Чтобы избавиться от боли. Они хотят вернуться к нормальной жизни: общаться с детьми, гулять, работать, отдыхать. А зависимые люди используют инъекции для того, чтобы выключиться из обычной жизни. В этом разница. Причем поймать кайф от перорального морфина невозможно».

адекватного знеболення невиліковно хворих пацієнтів — це задача уряду України. Тому таким важливим стає термінове прийняття Проекту Постанови **«Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в закладах охорони здоров'я»**, підписання якої вимагали правозахисні громадські організації у своєму зверненні до Президента України, і яка після кількох повторних погоджень знаходиться на розгляді у Кабінеті Міністрів.

Цього недостатньо для повного вирішення проблеми доступності знеболення, але Постанова робить ці життєво необхідні препарати доступнішими для пацієнтів.

Змінення нормативно-правової бази — яке вже відбулося та те, що має відбутися — це запораука того, що держава Україна почала розглядати права паліативних хворих у контексті прав людини та основоположних принципів медицини з точки зору взятих міжнародних зобов'язань та повинно кардинально змінити ситуацію у цій сфері.

Постанова дозволить:

- зберігати вдома 10-денний запас контрольованих лікарських засобів, необхідних для знеболення;
- не чекати рішення лікарської комісії, але отримувати знеболювальні за призначенням лікуючого лікаря;
- члени сім'ї зможуть надавати необхідну допомогу, в тому числі і робити ін'єкції знеболювального.

7

Проект Постанови про затвердження порядку обігу наркотичних засобів

Рекомендації ВООЗ стосовно медичного використання морфіну є загальноприйнятими й такими, що базуються на принципах доказової медицини. Досягнення балансу між потенційним витоком препаратів у незаконний обіг та доступністю опіоїдних анальгетиків для

8

Рекомендації

1. Найскоріше (першочергове) прийняти постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» як таку, що відновлює порушені права людини в галузі охо-

рони здоров'я, та внести відповідні зміни до наказів МОЗ, інших міністерств та відомств.

2. Забезпечити наявність перорального (таблетованого) морфіну на фармацевтичному ринку України. Включити пероральний морфін в список препаратів, який закуповується за рахунок державного бюджету, що повинно привести до стимуляції імпорту або налагодженню місцевого виробництва.

3. Спростити систему отримання ліцензії на обіг наркотичних препаратів для лікувальних закладів та аптек.

4. В новоутворених лікувальних закладах (центрах екстреної медичної допомоги), особливо в «пілотних регіонах», забезпечити якнайшвидше отримання ліцензії на обіг наркотичних препаратів.

5. Затвердити Законом України «Загальнодержавну програму розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні» та виділити постановою Кабінету Міністрів України кош-

ти на державне фінансування цієї програми. Розглянути можливість податкових пільг для організацій, які фінансують установи надання паліативної допомоги (хоспіси), в тому числі і для страхових компаній різних форм власності.

6. Впровадити навчальні програми «Паліативна допомога» та «Лікування хронічного больового синдрому на основі триступеневої схеми ВООЗ» в роботу вищих медичних навчальних закладів I–IV рівнів акредитації.

7. Створити експертні тренінгові центри на базі хоспісів з метою тематичного удосконалення, післядипломної освіти лікарів і медсестер, що працюють в сфері надання паліативної допомоги.

8. Розвивати систему надання паліативної допомоги вдома у пацієнтів шляхом удосконалення патронажних поліклінічних служб, їх переорієнтації зі служби доставки наркотичних препаратів в виїзну мультидисциплінарну службу паліативної допомоги.

Розділ 4

ПРАВА ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІД

Spotlight. Хроніка боротьби¹

1 Державна пенітенціарна служба України відкрила двері для неурядових організацій України

28 березня 2012 року ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» та Державна пенітенціарна служба України підписали угоду про співпрацю. Згідно документів, якими урочисто обмінялися Володимир Жовтяк, Голова координаційної ради Мережі та Сергій Сидоренко, перший заступник Голови Служби, предметом Угоди є ряд спільних дій в рамках впровадження Проекту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, 10 Раунд. В цілому Угода передбачає проведення спільних дій партнерів для надання повного спектру послуг з профілактики поширення ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-позитивних засуджених².

Таким чином, комплексний доступ до профілактики, лікування догляду та підтримки осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі, на найвищому рівні визначено одним із пріоритетних напрямів роботи в рамках Загальнодержавної програми. Співпраця Мережі та Держслужби буде спрямована на стабілізацію епідемічної ситуації та зниження темпів приросту захворюваності і рівня смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу в установах виконання

покарань. Зокрема, до кінця 2013 року заплановано закупити майже 100 000 тест-систем для проведення масштабного всеукраїнського тестування на ВІЛ в установах виконання покарань. Всі пацієнти, які будуть виявлені в рамках цієї діяльності, зможуть отримувати послуги з догляду та підтримки, знаходячись в місцях позбавлення волі — планується, що близько 6000 осіб отримають такі послуги. Важливо і те, що питання доступу до атривірусної терапії для засуджених отримало важливе місце в реалізації проекту.

Вже до кінця 2013 року АРВ терапію в місцях позбавлення волі отримуватимуть 1750 пацієнтів

«Підписання цієї угоди — це не лише великий крок в співпраці Мережі ЛЖВ та Державної пенітенціарної служби, а неймовірний прорив в подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Метою нашої співпраці є, в першу чергу, зменшення темпів поширення епідемії в закладах позбавлення волі. Ми, як партнери у впровадженні Проекту Глобального Фонду 10 раунду, докладемо всіх зусиль до того, щоб кожна ВІЛ-інфікована особа, яка перебуває в місцях позбавлення волі, змогла отримати всі існуючі послуги з лікування, догляду та підтримки, щоб жити повноцінним життям» — зазначив Голова Координаційної

¹ Розділ підготовлено Миколою Холтобіним.

² <http://network.org.ua/media/news/page-2757/>

ради ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» Володимир Жовтяк.

2 «Насильство та фальсифікація кримінальних справ проти секс-працівниць — серед основних інструментів правоохоронців напередодні Євро-2012»

Про це повідомили учасники прес-конференції в УНІАН, присвяченій національним особливостям боротьби з секс-бізнесом напередодні фінального етапу європейського футбольного чемпіонату.

Згідно з неформальним рейтингом основних суб'єктів насильства, складеного самими секс-працівницями, друге місце після клієнтів займають саме працівники міліції (38%).

«Ще у листопаді 2011 року працівниками столичного підрозділу «поліції моралі» проти мене було сфабриковано кримінальну справу за сутенерство. Я була вимушена підписати усі протоколи та обмовити себе після того, як міліціонери в мене на очах фактично вибивали зізнання з моєї подруги»

— розповіла тендітна тридцятирічна дівчина Марина, якій тепер зараз загрожує покарання до 7-ми років позбавленні волі.

«Міліціонер з усього розмаху з відстані 1,5 метри жбурнув мені прямо в обличчя товстим кодексом у твердій обкладинці, що лежав у нього на столі, а потім ще декілька разів вивіреними ударами вдарив мене ним по голові»,

— розповіла 25-річна Наталя, з якої, у буквальному сенсі, за допомогою Кримінального кодексу України в якості зна-

ряддя тортур, вибивали покази в одному з територіальних відділків сумнозвісного Шевченківського райуправління столичної міліції.

«У дівчат, які є одночасно і жертвами і свідками цих зухвалих нелюдських методів роботи київських правоохоронців, вистачило мужності заявити про це публічно. Більш того, заяви про скоєння злочинів працівниками міліції сьогодні вночі подано ними до прокуратури м. Києва для проведення відповідного розслідування»,

— заявив адвокат Денис Овчаров, який представляє інтереси обвинуваченої у сутенерстві Марини.

Під час прес-конференції дівчата вимушені були приховувати свої обличчя масками, оскільки обґрунтовано побоюються помсти корумпованих працівників міліції та впливового сутенера, який відкупився і залишається на волі.

«Усвідомлюючи всю серйозність справи та упереджуючи можливі насильницькі дії по відношенню до дівчат ми вимушені були забезпечити дівчатам тимчасове житло в іншому районі столиці, де їх важче було відшукати, заборонили користуватися мобільними телефонами. Від сьогодні ми сподіваємося лише на оперативну реакцію органів прокуратури та ще більше на представників українських і закордонних ЗМІ, які будуть слідкувати за розвитком подій», — повідомив Павло Скала, керівник програм політики та адвокації Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні.

Системний характер проблеми щодо фабрикації кримінальних справ та насильства відносно секс-працівниць з боку міліції в Україні підтвердила у своєму відеозверненні з Берліну Олена Цукерман — керівник Всеукраїнської Ліги «Легалайф», єдиної в Україні громадської організації, що представляє інтереси дівчат, залучених до секс-індустрії:

«Ми засуджуємо застосування будь-яких методів та інструментів, що дозволяють міліції фабрикувати кримінальні справи проти секс-працівників, вимагати гроші, безкарно застосовувати фізичне, психологічне та сексуальне насильство. Ліга «Легалайф» наполягає на розслідуванні та покаранні за подібні злочини, випадки корупції у міліції та виступає за перегляд законодавства у сфері секс-бізнесу, з активним залученням до реформи спільноти секс-працівників, оскільки від рішення цих проблем безпосередньо залежить їх життя та здоров'я».

Про небезпеку для здоров'я громадян у випадку подальшого системного тиску та насильства по відношенню до секс-працівниць з боку правоохоронних органів попереджає і Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, адже в країні статевий шлях поширення ВІЛ-інфекції вже четвертий рік поспіль залишається домінуючим (49% від усіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції).

За оціночними експертними даними в Україні кількість працівниць секс-індустрії коливається від 52 до 83 тисяч осіб. Найбільша їх кількість у Дніпропетровській, Одеській, Донецькій областях, в м. Києві та в Криму. Саме у цих регіонах ситуація з поширенням ВІЛ-інфекції є вкрай складною.

За даними останнього комплексного дослідження, в якому у 2011 році взяли участь близько 5 тисяч жінок комерційного сексу, близько 9% секс-працівниць мали ВІЛ-інфекцію, при цьому у Києві даний показник склав майже 24%, у Донецьку — 38%, а у Львові всього 6%.

«Якщо хтось вважає, що репресивними методами та усілякими іншими «ноу-хау» правоохоронні органи здатні побороти найдревнішу у світі професію в Україні та ізолювати дівчат, залучених до проституції від зовнішнього світу, зокрема напередодні фінальної частини ЄВРО-2012, як 30 років тому вивозили за 101-ий кілометр під час Олімпіади, то це нічим необґрунтована ілюзія та велика

помилка. Адже, як свідчить історія та практика, усі подібні дії будуть лише сприяти ескалації насильства і корупції, використанню більш ризикованих практик надання секс-послуг і, як наслідок, призведе до підвищення рівня поширення ВІЛ-інфекції та інших хвороб, що передаються статевим шляхом. Чи бажають громадяни нашої держави й надалі очолювати цю сумну «європейську першість?», — поставив риторичне запитання підводячи підсумки прес-конференції Павло Скала³.

3 День пам'яті людей, які померли від СНІДу. ВІЛ-позитивна спільнота України закликає: «Час діяти!»

У третю неділю травня щорічно весь світ відзначає День пам'яті людей, які померли від СНІДу. Цього року він припадає на 20 травня.⁴

ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» спільно зі своїми партнерами вшановує пам'ять людей, які померли від цієї хвороби. Різноманітні заходи заплановано по всій Україні.

У Києві центральною подією буде урочиста церемонія біля «Червоної стрічки», меморіалу, що символізує нашу пам'ять про людей, життя яких забрала епідемія. До участі запрошено представників українських та міжнародних громадських і благодійних організацій, високопосадовців державних структур, долучених до подолання епідемії ВІЛ-СНІДу в Україні, послів провідних країн світу, представників шоу-бізнесу. Початок церемонії о 10:30 за адресою вул. Лаврська, 11.

Пам'ять про померлих — це, в першу чергу, турбота про живих, недопущення подібних смертей у майбутньому.

В Україні, з моменту визнання державою епідемії ВІЛ-СНІДу, проведено колосальну

³ http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/prap12/Press_release_25%2004%202012_FSW_UNIAN.pdf

⁴ <http://network.org.ua/media/news/page-2781/>

роботу та витрачено величезні суми коштів для її подолання. Лише від Глобального фонду по боротьбі зі СНІДом, туберкульозом та малярією Україна отримала близько 340 млн. дол. США. Окрім цього було докладено неймовірних зусиль науковців, лікарів, соціальних працівників, фахівців та волонтерів неурядових організацій. Зараз надзвичайно важливим є не втратити досягнуте! Недофінансування державою Національної програми з подолання ВІЛ/СНІДу в Україні ставить під загрозу всі отримані позитивні результати.

Для держави настав час діяти та взяти епідемію під контроль:

- Повністю профінансувати Національну програму з подолання епідемії ВІЛ-СНІДу на 2013 рік в розмірі 923 млн. грн (з них 399 млн. грн — на лікування).
- Забезпечити закупівлі та безперервні поставки ліків для ВІЛ-позитивних людей.
- Врятувати життя 92 000 українців, які потребують лікування.
- Забезпечити повне фінансування з місцевих бюджетів (тести на ВІЛ, лікування опортуністичних інфекцій, утримання системи надання медичних послуг для ЛЖВ).
- Покращити координацію дій з міжнародними донорами та громадськими організаціями як на національному, так і місцевому рівнях.

Варто також наголосити, що кожний громадянин України несе свою частку відповідальності за вирішення цієї проблеми. Це, в першу чергу, безпечний спосіб життя та обізнаність з питань ВІЛ/СНІДу.

ЧАС ДІЯТИ!

ЧАС ПРИПИНІТИ СМЕРТНІСТЬ ВІД СНІДУ!

ЧАС ВЗЯТИ ЕПІДЕМІЮ ПІД КОНТРОЛЬ!

4 Розроблено та презентовано «Загальнонаціональний адвокаційний план у сфері протидії ВІЛ/СНІДу на 2012 рік»⁵

07.06.2012

В рамках виконання проекту «Вдосконалення ВІЛ-сервісу в Україні», який фінансується ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» за рахунок коштів Глобального Фонду», ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій» здійснює координацію адвокаційної діяльності у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на національному та регіональному рівнях.

В рамках цієї діяльності ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій» в партнерстві з ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я», Всеукраїнським рухом колишніх в'язнів «Подолання», ВГО «Гей-Форум України», ВГО «Асоціація учасників ЗПТ України», «Дорадчою радою спільнот з доступу до лікування в Україні» (UCAB) та іншими організаціями починаючи з 2008 року проводить щорічне планування національних адвокаційних заходів з врахуванням потреб в адвокації на регіональному рівні для впровадження ефективної скоординованої адвокаційної діяльності зі спільними цілями та завданнями. В результаті розробляються щорічні Загальнонаціональні адвокаційні плани.

5 Сьогодні під Верховною Радою чиновник боронив свої мільярди⁶

20 червня 2012 року, під Верховною Радою, в рамках акції «Депутат-альтруїст» активісти просили віддати 1 мільярд гривень або третину від суми, яка щороку виділяється держав-

⁵ <http://network.org.ua/media/news/2012-2/>

⁶ <http://network.org.ua/media/news/page-2965/> та http://www.aidsalliance.org.ua/ua/news/pdf/20.06.2012/Release-20.06_ukr.doc

ним чиновникам на санаторно-курортне оздоровлення і лікування, смертельно-хворим українцям. Людина, вдягнена в костюм, який символізував чиновника, намагалася боронити мільярди штучних гривень, від пацієнтів, хворих на смертельно-небезпечні хвороби, катаючи їх на візку перед Радою.

«Досить розкидатися пустими обіцянками про відмову від своїх депутатських привілеїв, — стверджує Дмитро Шерембей, ВІЛ-інфікований, голова Дорадчої ради спільнот з питань доступу до лікування в Україні.

— Ми сьогодні передали нашим депутатам листи зі зверненням від пацієнтів, в яких просимо публічно відмовитися від третини медичних витрат для себе та підписати офіційно цю відмову. Тоді Міністерство фінансів зможе в бюджеті на наступний рік закласти ці самі гроші на лікування гепатитів, туберкульозу та СНІДу і таким чином зупинити ці епідемії в Україні. Такий альтруїстичний вчинок зможе краще за все довести, кому з наших обранців небайдужа доля людей, які сьогодні найбільше потребують їхньої допомоги і зробити вибір між санаторним відпочинком для чиновників та життями тисяч хворих українців».

Згідно з Державним бюджетом 2012 року, **2,6 мільярдів гривень** було закладено на лікування та санаторно-курортне оздоровлення апаратів Верховної Ради, Кабінету Міністрів, Адміністрації Президента, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства оборони.

Приблизно стільки ж отримує Міністерство охорони здоров'я для решти українців по всіх загальнодержавних медичних закладах (лікарні, поліклініки, медпункти, станції швидкої допомоги) — **2,8 мільярди гривень**.

В нашій країні саме депутати мають повноваження скоротити витрати на медичне обслуговування та санаторно-курортний відпочинок державного апарату.

Під стіни Верховної Ради прийшли й родичі пацієнтів, та люди, які втратили близьких людей через відсутність фінансування медичних закладів.

«Моєму сину Олександрові було 38 років, коли йому поставили діагноз пневмонія. Мабуть застудився на роботі, — розповіла мати покійного Олександра. Але потім в нього виявили туберкульоз. І все. Це був його смертельний вирок. Його відправили до Мостища, яке називають смертельним місцем. І тепер я розумію, чому. Я продала одну кімнату у своїй квартирі, щоб врятувати мого синочка, якому держава на лікування та проживання у лікарні виділяла три з половиною гривні на день. Лікар навідувався в палату раз на тиждень... Але не змогла. Не встигла. Не вистачило. Мого сина більше немає. Але я прийшла сьогодні сюди, щоб інші матері, дружини, діти не втратили мам, чоловіків, синів, лише тому, що державі байдуже, адже чиновники не чують і не бачать цього зі своїх хоромів».

«Скільки ти вбив своїх виборців?» — моє питання до кожного народного депутата. «На шальках терезів — 2,6 мільярдів гривень, які наразі йдуть з держбюджету на VIP медпослуги для можновладців, та життя понад 4 мільйонів українців, хворих на СНІД, туберкульоз та гепатити, які досі чекають на фінансування. Хоча б часткова відмова від привілеїв врятує життя смертельно-хворих українців, рішення — за вами!» — звертається до народних обранців Андрій Клепіков, директор Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні.

«За всю історію української держави не було виділено жодної копійки з бюджету на лікування гепатитів, якими сьогодні інфіковано 3,5 мільйони українців. Люди, яким держава, згідно з Конституцією, повинна була забезпечити безкоштовне лікування, були залишені помирати. Я сподіваюся, що завдяки цій кампанії ми зможемо відкрити очі чиновникам на те, на що потрібно виділяти кошти в Україні, і вперше ці пацієнти отримують лікування», — стверджує Голова всеукраїнської організації «Зупинимо гепатит», Ольга Гаврилова.

Активісти передали головам парламентських фракцій книги для збору підписів. Підписи депутатів засвідчать їх готовність проголосувати за Державний бюджет 2013 року,

який буде містити мільярд гривень на подолання трьох епідемій.

«Можна без перебільшення сказати, що епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів є своєрідним тестом для нашого суспільства. Це тест для влади на здатність мобілізуватись разом з громадськими та міжнародними організаціями задля зупинення епідемій. Це є дуже чутливий індикатор, який формує імідж держави. Тому питання взяття під контроль цих трьох епідемій на сучасному етапі розвитку України є надзвичайно важливим для майбутнього нашої держави», — говорить Володимир Жовтяк, Голова Координаційної ради ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

В Україні сьогодні: **9,5% населення інфіковано** ВІЛ, туберкульозом та вірусними гепатитами. Це 4 мільйони 184 тисячі українців.

234 832 українців живуть з ВІЛ-інфекцією. Щодня ВІЛ-інфекція вражає 58 українців.

449 201 українців інфіковані та мають активний туберкульоз. 12 000 помирають щороку від цієї хвороби. Щодня в Україні туберкульоз уражує 102 людини.

3 500 000 українців інфіковані гепатитами.

За 20 років Україна вже втратила 369 780 тисяч громадян від цих епідемій.

Якщо рахувати сім'ї та родичів людей, які мають ці захворювання, то цифра уражених епідеміями сягає близько 12 млн. 150 тис., що становить **36% населення України.**

6 У Вашингтоні відкрилась XIX міжнародна конференція з ВІЛ/СНІД⁷

22 липня 2012 року розпочала свою роботу 19-та міжнародна конференція зі СНІДу (AIDS 2012), яка має стати однією з основних

⁷ <http://www.aids2012.org/>

подій 2012 року в області охорони здоров'я та ВІЛ у світі. У конференції візьме участь близько 25-ти тисяч делегатів з 195 країн світу. Гасло конференції «Спільними зусиллями переламаємо ситуацію». Захист від ВІЛ-інфекції буде центральною темою цьогорічної конференції. Нові ліки, діагностування та пошук вакцини будуть обговорюватися на семінарах і панельних дискусіях, в яких візьмуть участь вчені, лікарі, політики та люди, які живуть з вірусом. Оскільки в світі триває фінансова криза, учасники також обговорять нові шляхи фінансування заходів для боротьби з ВІЛ/СНІДом. За словами учасників, це буде не легко, адже сьогодні США та інші країни борються з серйозними фінансовими проблемами.

Представники від ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» будуть виступати на конференції під гаслом «**In donors we trust**». «Діяльність такої потужної організації як Мережа — сьогодні під загрозою через світову фінансову кризу та скорочення витрат на подолання соціальних проблем. — зазначає Володимир Жовтяк, голова делегації від організації та Голова Координаційної ради ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та Президент Східноєвропейського та Центральноазійського об'єднання ЛЖВ. — Ми маємо досвід та знаємо як зупинити епідемію. Все що нам потрібно — це достатнє фінансування. Адже, якщо не буде фінансування, не будуть реалізовані програми; не будуть реалізовані програми — не буде лікування для ВІЛ-позитивних людей в достатній кількості; не буде лікування — всі зусилля, все що зроблені раніше — зроблені марно!» Ще до початку Міжнародної конференції зі СНІД вчені почали говорити про те, що досягли переломного моменту у боротьбі з вірусом. Адже напередодні американські дослідники підтвердили, що АРТ можна використовувати також і для профілактики передачі ВІЛ. Деякі лікарі вважають, що на Вашингтонській конференції можна говорити про перші кроки до повного подолання епідемії.

7 На XIX міжнародній конференції з ВІЛ/СНІД Україна заявила: IN DONORS WE TRUST!⁸

Віriamo в те, що ВІЛ-позитивних людей не залишать напризволяще, що епідемію ВІЛ/СНІД можливо зупинити.

Ми кажемо, що для нас кошти, які надають донори вимірюються людськими життями. Адже в Україні одна 100 доларова банкнота це:

- 100 днів антиретровірусного лікування.
- 8 тестів на СД4.
- 2 теста на вірусне навантаження.
- 1 курс профілактики вертикальної трансмісії.
- 18 тестувань на ВІЛ (з консультуванням).
- 8 днів роботи лікаря-інфекціоніста.
- 4 місяці штучного вигодовування дитини, народженої від ВІЛ-позитивної матері.

8 Більше 10% українців виявилися носіями гепатитів та вимагають від держави доступного лікування⁹

27–30 липня 2012 року в Києві та 36 містах України в рамках всеукраїнської кампанії «Вимагаємо лікування!» було проведено інформаційно-профілактичні акції, присвячені Всесвітньому дню боротьби з гепатитами. Під час заходів усі бажаючі отримали можливість безкоштовно пройти експрес-тестування на гепатити, а також одержати практичні рекомендації з профілактики, довідатися більше про діагностику та лікування вірусних гепатитів. Також в рамках кампанії відбулися

⁸ Сьогодні, 25.07.2012, українська делегація від Мережі ЛЖВ привернула увагу потенційних донорів до Організації та України в цілому.

⁹ <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/news/2012/index.htm>

прес-конференції, акції, флеш-моби та проекти із формування толерантного ставлення до маргіналізованих груп за підходом «живої бібліотеки». До проведення кампанії залучено 47 партнерських громадських організацій у різних регіонах України.

По всій Україні за час акції на наявність вірусів гепатиту В та С було протестовано 2326 громадян. З них — 249 позитивних результатів. Зокрема, у 215 осіб виявлено вірусний гепатит С та у 32-вірусний гепатит В.

Найбільша частка людей, інфікованих гепатитами від загальної кількості протестованих спостерігається у Павлограді (Дніпропетровської області) — 35,5%, Василькові (Київської області) — 20,5%, Макіївці (Донецької області) — 19,3%, Дніпропетровську — 18,7%, Донецьку та Сумах — 16,5%. Кількість виявлених інфекцій в Києві становить 7,7%. Більшість учасників тестування віком від 15 до 55 років, тобто працездатне населення.

Україна не має системи статистичного обліку інфікованих на гепатити В і С громадян, не фінансує спеціалізовані програми із профілактики, доступного тестування та лікування. За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна посідає перше місце за темпами поширення вірусних гепатитів в Європі, в країні вже нараховується більш 3,5 мільйонів інфікованих вірусними гепатитами (В та С). Внаслідок обмеженої конкуренції (право на виробництво препаратів для лікування гепатитів є лише в двох фармацевтичних компаній), зберігається висока вартість курсу лікування. В Україні вона перевищує \$20 000, що недоступно більшості наших громадян.

Під час акції було зібрано більше 6000 підписів під зверненням до Прем'єр-міністра України з вимогою визнати епідемію вірусного гепатиту С в країні, відповідно до цього затвердити Національну програму з протидії поширенню вірусних гепатитів, розробити та затвердити протокол лікування вірусних

гепатитів, який відповідатиме міжнародним стандартам, а також забезпечити державні закупівлі якісних та безпечних ліків, запровадивши заходи до зниження ціни на ліки як мінімум на 50%.

До 31 серпня 2012 року організатори закликають всіх пацієнтів, у яких встановлено діагноз гепатит В і С написати персональну заяву із вимогою доступного лікування на адресу місцевого управління із охорони здоров'я (про подані заяви просимо повідомити організаторам акції на сторінці у Facebook). Наразі лише кількість поданих особистих заяв може служити для МОЗ сигналом про наявний рівень захворюваності і потребу у лікуванні, необхідному для закупівлі в рамках державних та місцевих бюджетів.

9 **Справа лікаря Подоляна**

16.08.2012

Касаційний суд відмовив у задоволенні вимог прокурора та остаточно підтвердив безпідставність обвинувачення одеського лікаря Іллі Подоляна у збуті наркотиків пацієнтам ЗПТ¹⁰

Колегія судової палати у кримінальних справах Вищого спеціалізованого суду України, розглянувши касаційну скаргу прокурора на ухвалу Апеляційного суду Одеської області від 8 листопада 2011 року щодо рішення Київського районного суду м. Одеси від 29 червня 2011 року, залишив скаргу без задоволення, а попередні судові рішення без змін.

Нагадаємо, що раніше суди першої та апеляційної інстанції виправдали лікаря замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) Іллю Подоляна та визнали необґрунтованими звинувачення його у чисельних фактах нібито збуту препаратів ЗПТ понад сорока наркозалежним

пацієнтам, які отримували лікування на базі Одеського обласного наркологічного диспансеру.

Вищий суд визнав прокурорську скаргу та обвинувачення 64-річного лікаря у збуті наркотиків безпідставними і таким чином поставив крапку у більш ніж дворічній слідчій та судовій епопеї, що розпочалася у березні 2010 року із затримання одеською міліцією лікаря Подоляна, медичних сестер програми ЗПТ, регіонального координатора Альянсу-Україна, арештом препаратів ЗПТ та трьохденним перериванням лікування для майже 200 наркозалежних пацієнтів програми.

Це був перший і, на щастя, єдиний випадок подібного тривалого і масового переривання лікування ЗПТ в Україні, що призвів до мобілізації спільноти, як пацієнтів так і медичного персоналу проти міліцейського свавілля.

Справою честі не лише для лікаря Подоляна, який 120 днів провів за ґратами в одеському СІЗО, але й для Альянсу-Україна, як виконавця загальнодержавної програми з протидії ВІЛ/СНІД в частині впровадження програм ЗПТ, було довести у суді безпідставність обвинувачень, що й було нарешті зроблено завдяки мужності і безкомпромісності самого Іллі Костянтиновича, професійності та наполегливості його адвокатів та постійній підтримці з боку Альянсу.

На ініційовану нами публічну кампанію на захист лікаря стали десятки міжнародних та вітчизняних організацій, сотні фахівців у сфері протидії ВІЛ/СНІД та наркології, події навколо справи неодноразово висвітлювалися на міжнародних конференціях та у ЗМІ.

Ця остання важлива перемога у вітчизняному суді дозволяє сподіватися, що у подальшому подібного роду необґрунтовані кримінальні переслідування медичного персоналу програм ЗПТ в Україні стануть неможливими і держава не допустить подібних ганебних випадків, особливо, враховуючи останню зако-

¹⁰ <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/news/2012/index.htm>

нодавчу підтримку подальшому розширенню програм ЗПТ в державі.

10 **29.11.2012 року. Відкрите звернення Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні з нагоди Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом¹¹**

Через брак державного фінансування у ВІЛ-інфікованих українців ризик померти від СНІДу більший, ніж у громадян найбільш уражених країн Африки.

Сьогодні у світі від СНІДу помирає менше людей, ніж у попередні роки. У найбільш ураженому регіоні Африки, що південніше Сахари, за період з 2005 по 2011 роки вдалося знизити рівень смертності від СНІДу на 31%. У той же час в Україні смертність від СНІДу зросла на 70%!

Чому у нашого ВІЛ-інфікованого співвітчизника ризик померти від СНІДу більший, ніж у мешканця найбільш ураженого епідемією регіону Африки?

Є три ключові причини:

1. Брак державного фінансування на програми профілактики та лікування не дозволяє повноцінно вплинути на епідемію. Країна, яка виділяє «нуль» гривень на профілактику інфікування ВІЛ, ніколи не здолає СНІД. Кожен рік Загальнодержавна програма зі СНІДу фінансується з державного бюджету менше ніж на 50%. Внаслідок цього в країні щоденно виявляється 57 осіб з ВІЛ-інфекцією та 11 осіб помирає.

2013 рік — останній рік реалізації п'ятирічної Загальнодержавної програми з відповіді на епідемію ВІЛ, зараз є останній шанс профінансувати її у повному обсязі! В основу наступної державної концепції бороть-

би зі СНІДом має бути покладена стратегія, спрямована на зменшення нових випадків ВІЛ-інфекції.

2. Недостатнє виявлення інфікованих та незабезпечення антиретровірусним лікуванням підвищує смертність від СНІДу і сприяє швидшому поширенню ВІЛ-інфекції. Високий рівень смертності від СНІДу, пов'язаний із надзвичайно низьким доступом громадян до антиретровірусної терапії (АРТ): лише 22% від осіб, які потребують лікування, його отримують. Шанси отримати лікування у споживача ін'єкційних наркотиків у 6 разів менші, ніж в іншій дорослій людині, яка не вживає наркотики. З огляду на те, що епідемія ВІЛ-інфекції в Україні тривалий час розвивається серед споживачів наркотиків, такий низький рівень доступу до лікування ставить під загрозу можливість подальшого зниження епідемії ВІЛ серед загального населення.

Аби збільшити доступ до АРТ для тих, хто її вкрай потребує, необхідно прибрати штучні бар'єри до діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, а також до замісної підтримувальної терапії для наркозалежних людей. Відповідно до Загальнодержавної програми до кінця 2013 року 20 000 наркозалежних пацієнтів мають отримувати замісну підтримувальну терапію за державний кошт. Зі свого боку Альянс-Україна у партнерстві з громадськими організаціями наступного року планує збільшити доступ представників уразливих груп до АРТ у 2,5 рази!

3. Нехтування кращими практиками профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні та створення нормативних перешкод реалізації програм гальмують профілактичні втручання. Українські програми з профілактики ВІЛ, що втілюються громадськими організаціями у співпраці із лікувальними установами, визнані одними з найкращих у світі. Найбільший донор для боротьби із трьома хворобами-вбивцями — Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією — на прикладі Альянсу-Україна нещодавно проілюстрував

¹¹ http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/oplet1112/Alliance%20Statement_1%2020december_ukr.pdf

ефективність профілактичних програм серед споживачів наркотиків.

На сьогоднішній день Україна має найвищі темпи скорочення чисельності населення у світі. Збереження життя та здоров'я громадян має стати першочерговим завданням для держави!

Напередодні Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом ми закликаємо Президента, Уряд та Верховну Раду України вжити негайних державницьких заходів для забезпечення повноцінної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні:

- Усунути необґрунтовані перешкоди для впровадження програм із профілактики та лікування для уразливих груп населення;
- Виділити заплановані кошти на реалізацію Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ/СНІД у 2013 році у повному обсязі.

11 Захист прав

Дані проведеного в 2010 році Мережею ЛЖВ дослідження свідчать, що стигматизація, дискримінація та порушення прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, є поширеними явищами в Україні. Впродовж 12 місяців, що передували опитуванню: половина опитаних ЛЖВ (51%) стикалися із проявами стигматизації та дискримінації з боку оточуючих з причин, що включають ВІЛ-статус. Здебільшого, це плітки (30%), усні образи (18%), психологічний тиск з боку подружжя/партнера (12%). Значно меншими є частки ЛЖВ, яких через ВІЛ-статус фізично переслідували (6%), не допускали до домашніх справ (4%), до участі в різних зборах (3%) або релігійних заходах (2%).

- *Адвокація права на соціальну та медичну допомогу засуджених та звільнених хворих на ВІЛ/СНІД, наркоманію та ТБ*

Необхідно відмітити, що законодавство України особам, які відбули покарання в місцях позбавлення волі, крім загальних прав і свобод, надає додаткові гарантії реалізації їх прав, і насамперед, права на невідкладне отримання допомоги від органів виконавчої влади в період шести місяців після звільнення з місць позбавлення волі (тобто в період адаптації на волі), а саме: допомога у створенні належних житлово-побутових умов, отриманні освіти, документів (якщо вони були втрачені), медичну, соціальну та іншу допомогу (відповідно до Закону України «Про соціальну адаптацію осіб, які відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк»).

Але на практиці більшість гарантованих Конституцією та іншими Законами України прав осіб, які відбули покарання в місцях позбавлення волі, не дотримуються, а заходи соціального патронажу не здійснюються. Причинами такого стану справ є:

- низький рівень обізнаності серед звільнених осіб про послуги, які повинні їм надаватися державними органами та установами, а також невіру в те, що вони ще «потрібні» державі;
- невисокий рівень мотивації державних органів у виконанні покладених на них обов'язків по здійсненню заходів із соціального патронажу осіб, які вийшли з місць позбавлення волі;
- відсутність ефективного контролю з боку громадськості, ЗМІ за виконанням державними органами покладених на них обов'язків з реалізації соціальної політики щодо звільнених осіб.

Як наслідок неефективної соціальної політики щодо осіб, які відбули покарання в місцях позбавлення волі, — високий рівень реци-

дивних злочинів та повернення звільнених осіб у місця позбавлення волі. За статистикою, близько 30% колишніх ув'язнених стають рецидивістами протягом трьох років після звільнення. Це означає, що виправні установи тільки тимчасово ізолюють засудженого від суспільства, але ніяк не виправляють і вже тим більше не повертають його до нормального життя. А отже, зростає злочинність в країні.

- *Адвокація прав працівників комерційного сексу*

Чинне законодавство негативно впливає на людей, що надають сексуальні послуги за винагороду. Стигматизуючі норми законів впливають на якість життя та стан здоров'я як жінок, так і чоловіків та трансгендерів секс-працівників. Правоохоронні органи використовують чинні закони для виконання плану з розкриття злочинів для використання секс-працівників в своїх цілях. Практика свідчить, що шляхом неправомірних дій, шантажу та фальсифікування або здобуття доказів іншими незаконними методами, використовуючи закон про протидію та боротьбі з торгівлею людьми, міліція приписує даній групі порушення КУпАП за заняття проституцією, фабрикує кримінальні справи за сутенерство та звідництво. Докази з метою звинувачення людини в зайнятті проституцією збираються з порушенням процесуальних норм та Закону України «Про міліцію». Часто звинувачення висуваються взагалі без доказів — достатньо, щоб серед особистих речей знайшлись презервативи або людина знаходилась у так званих місцях роботи секс-працівників — на «точках». Наслідками такого відношення до секс-працівників з боку міліції є достатня «закритість» даної групи ризику по відношенню до соціальних програм, в тому числі і до профілактики ВІЛ/СНІД. А самі профілактичні програми стають малоефективними в зв'язку з відсутністю доступу до цільової групи. Виникають серйозні складнощі під час консультування та тестування з питань ВІЛ/СНІД та під час розповсюдження засобів

захисту. Самі секс-працівники намагаються мати при собі лише мінімальну кількість презервативів. Як наслідок, під час чергового сексуального контакту їм нема чим захистити своє здоров'я від інфекцій та небажаних вагітностей.

Секс-працівники побоюються звертатись до медичної та юридичної допомоги з метою попередження або реагування на насильство з боку клієнтів, міліції, партнерів або будь-якого іншого виду насильників. У суспільстві, що консервативно налаштоване до секс-роботи завдяки релігійним та псевдоморальним упередженням, дуже складно розпочати процес формування толерантного ставлення до груп ризику взагалі та до секс-працівників зокрема. Більшість громадян вважають, що секс-працівники заслужили те, що вони є ВІЛ-позитивними, стигма зростає. Секс-працівники не розкривають свій статус як такого при зверненні за медичною допомогою, тому лікар не має змоги правильно призначити лікування або дати відповідні рекомендації щодо збереження здоров'я.

Свою велику негативну роль у суспільстві грають міфи та стереотипи, що склались навколо секс-бізнесу. Існує міф, що секс-працівники мають величезний дохід та тому з них можна завжди взяти більшу платню за послуги медичного та соціального характеру. Співробітники міліції регулярно вимагають від секс-працівників гроші шляхом шантажу, загрози розкрити статус «проститутки» знайомим та родичам. І, оскільки держава ніяким чином на це не реагує, немов заохочуючи насильство та порушення закону, то рівень корупції у лавах правоохоронних органів постійно підвищується.

Секс-працівники часто сприймають насильство по відношенню до себе як звичайну рутину, як особливості професії, як належне та не звертаються до правоохоронних органів із заявами на злочинців, не дивлячись на беззаконня, яке вони вчинюють, на порушення своїх загальногромадянських прав і свобод.

12 Рекомендації¹²

1. Забезпечити захист прав ЛЖВ та груп населення підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

2. Створити механізми для реалізації прав на соціальну та медичну допомогу засуджених та звільнених хворих на ВІЛ/СНІД, наркоманію та ТБ.

3. Скасувати адміністративне переслідування працівників комерційного сексу: виключити ст. 181(1) з КУпАП.

4. Повністю профінансувати Національну програму з подолання епідемії ВІЛ/СНІДу на 2013 рік в розмірі 923 млн. грн. (з них 399 млн. грн. — на лікування).

5. Покращити прозорість та підзвітність державних тендерних та закупівельних процесів.

6. Забезпечити закупівлі та безперебійні поставки ліків для ВІЛ-позитивних людей.

7. Рекомендувати прийняття Урядом України (Комісією Кабінету Міністрів з питань гуманітарної допомоги) рішення про надання статусу гуманітарної допомоги лікам та виробам медичного призначення, імпортованим в Україну за кошти Глобального фонду.

8. Забезпечити повне фінансування з місцевих бюджетів закупівлю тестів на ВІЛ, лікування опортуністичних інфекцій, утримання системи надання медичних послуг для ЛЖВ.

9. Покращити координацію дій з міжнародними донорами та громадськими організаціями як на національному, так і місцевому рівнях.

10. Забезпечити умови задля можливості надання соціальних послуг НУО за державні кошти: розробити положення про порядок розробки та впровадження стандартів соціальних послуг.

11. Залучити ресурси малих міст задля вирішення проблем, що пов'язані з ВІЛ/СНІД та ТБ на місцевому рівні.

¹² Базуються на Загальнонаціональному адвокаційному плані у сфері протидії ВІЛ/СНІДу на 2012 рік — www.hiv.org.ua

Розділ 5

ПРАВА КЛІЄНТІВ ПРОГРАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Основним фактором розвитку епідемії СНІД на пострадянському просторі є ін'єкційне споживання наркотиків. Близько 90% нових випадків зараження ВІЛ-інфекцією в регіоні припадає на Росію та Україну¹. Незважаючи на це, доступ до послуг профілактики, лікування та догляду при ВІЛ для споживачів ін'єкційних наркотиків в названих країнах залишається дуже низьким. В Україні замісна підтримувальна терапія (далі — ЗПТ) доступна на підставі закону, однак доступ до неї не перевищує 10% від попиту. Клієнти програм ЗПТ періодично піддаються переслідуванню з боку правоохоронних органів. Програми географічно недоступні. Багатьом клієнтам щодня доводиться годинами долати великі відстані для того, щоб отримати препарати ЗПТ. Це перешкоджає їх працевлаштуванню, нормальному сімейному життю. Вони не можуть вільно подорожувати по країні. Також в Україні досі широко застосовуються дискримінаційні закони і практики щодо відношення до людей, що вживають наркотики. Як зазначалося вище, доступ до програми ЗПТ обмежений.

У 2012 році, з точки зору правозахисних організацій, ситуація з доступом до програм замісної терапії погіршилась, 27.03.2012 року був прийнятий наказ МОЗ України № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної

підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю», який безпідставно ускладнює прийом препаратів замісної терапії та призводить до відмови від програми взагалі.

Державні органи України, посадовці, які приймають рішення у цій сфері, вважають, що поширення наркоманії внаслідок кризи системи охорони здоров'я створює загрозу національним інтересам і національній безпеці (ст. 7 Закону «Про основи національної безпеки України»). У той же час держава відноситься до наркозалежних не як до хворих людей, яким необхідно спеціальне лікування і соціальна допомога, а як до злочинців. Відповідно державна політика спрямована на створення системи жорсткого контролю за людьми з наркотичною залежністю і покарання шляхом позбавлення волі. Ставлення держави виражається і через таких її представників, як медичні працівники в державних і комунальних медичних установах. При отриманні медичної допомоги люди з наркотичною залежністю часто стикаються з дискримінацією, відмовою в наданні медичної допомоги, зневажливим і принижуючим ставленням до них.

Україна на себе взяла низку зобов'язань на міжнародному рівні щодо зміни ситуації. Одним із таких зобов'язань є запровадження замісної підтримувальної терапії. Законом України від 19.02.2009 року було затверджено Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догля-

¹ Розділ підготовлено Андрієм Роханським, Ігорем Скалько.

ду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, за напрямком «Розширення сфери застосування методу замісної підтримувальної терапії» (п. 2 Розділ III Плану заходів). Програма передбачає розширення доступу споживачів ін'єкційних наркотиків до ЗПТ та реабілітаційних програм. Від реалізації програми очікується забезпечення доступу до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм не менше ніж 20 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків. Державні органи рапортують до міжнародних організацій про доступність ЗПТ для споживачів ін'єкційних наркотиків, які самостійно не змогли відмовитись від споживання (Шестой периодический доклад Украины о выполнении положений Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

Але реальність не надає приводу задля оптимізму. За оцінками незалежних експертів, доступ до ЗПТ не перевищує 10% попиту на неї, клієнти програм ЗПТ, а також й працівники сайтів, лікарі тощо, підпадають під переслідування з боку правоохоронних органів. Програми у багатьох випадках географічно недоступні, або клієнтам кожен день потрібно витратити багато часу для того, щоб отримати препарати. З цієї причини вони не мають можливості знайти постійну роботу, та це перешкоджає їх сімейному життю. Також порушується їх право на вільне пересування по країні.

Проблема: В даний час відбувається досить слабкий діалог між Урядом України і громадянським суспільством. Та цей діалог швидше орієнтований на нескінченний діалог про ефективність програм ЗПТ

Способи подолання проблеми: Необхідним є розвиток значущого діалогу між Урядом України і громадянським суспільством в контексті міжнародних зобов'язань в галузі прав людини, зокрема права на здоров'я. Цей діалог повинен бути сфокусований на тому, що наявність і доступність ЗПТ та програм обміну голками і шприців є питаннями виконання між-

народних зобов'язань, зокрема про право на найвищий досяжний рівень здоров'я, особливо в країнах, де ВІЛ інфекція поширюється в основному у зв'язку з ін'єкційним наркоспоживанням.

Названий діалог можливий, якщо в якості посередника буде виступати шанований і кваліфікований експерт з права на здоров'я. Роль такого експерта міг би зіграти Спеціальний доповідач з питання про право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я Ради з прав людини ООН.

На думку експертів, адвокаційний потенціал звернень до Спеціального доповідача з питання про право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я Ради з прав людини ООН (далі — Спеціальний доповідач) не використовується, хоча він має великі перспективи. Річ у тому, що використання інших міжнародних механізмів впливу на уряд стикається з великими труднощами. Звернення до Європейського суду з прав людини займає багато часу, потребує вичерпання національних засобів захисту порушеного права. Як вказує досвід роботи Інституту правових досліджень та стратегій, споживачі ін'єкційних наркотиків не звертаються до суду за захистом свого права на здоров'я, тому процедура звернення до ЄСПЧ для них майже неможлива. Процедура звернення до Спеціального доповідача майже проста, гарантує конфіденційність заявника, реагування на отримані скарги не займає багато часу.

Юристами ГО «Інститут правових досліджень та стратегій» проведено попередні консультації з представниками організацій, які надають послуги споживачам ін'єкційних наркотиків (далі — СІН), зокрема Максимом Демченко, БО «Світ надії» (Полтава), Сергієм Ключарьовим, БО «Парус» (Харків), Ольгою Біляєвою (ASTAU), які висловили зацікавленість акцією звернень до Спеціального доповідача, підтвердили цілком актуальність розв'язання питання на державному рівні доступу СІН до програми ЗПТ.

Також за посередництвом вищезазначених організацій відбулися зустрічі з клієнтами, які

не мають доступу до ЗПТ. Зокрема, в Полтаві було записано відеозвернення жінки, яка вже рік не мала можливості стати на програму ЗПТ, за цей рік вона була інфікована гепатитом С через споживання ін'єкційних наркотиків.

Спеціальний доповідач (на даний час Ананд Гровер, Anand Grover) є незалежним експертом, який призначається Радою з прав людини з метою вивчити і доповісти про ситуацію в окремій країні або з конкретної теми прав людини².

Спеціальний доповідач виявляв стурбованість процесами впровадження ЗПТ в Україні. Так, 14 лютого 2011 року Спеціальним доповідачем було відправлено листа Уряду України щодо втручання з боку правоохоронних органів у процес надання замісної підтримуючої терапії в Україні. У листі, зокрема, йшлося, що надання замісної підтримуючої терапії для наркозалежних пацієнтів в Україну було дуже ускладнено втручанням і перевітками конфіденційних даних пацієнтів, які були ініційовані чиновниками Генеральної прокуратури, МВС та інших контролюючих органів України.

На робочій зустрічі з представниками Інституту правових досліджень та стратегій, яка відбулася 1–2 липня 2011 року у Москві, Спеціальній доповідач виразив зацікавленість у співпраці з громадськими організаціями в Україні щодо покращення доступу до програм ЗПТ.

Також на зустрічі сторони прийшли до висновку, що покращення ситуації з впровадженням програм ЗПТ можливо за умови налагодження плідної співпраці, діалогу між Урядом України та громадським суспільством — на цей час нескінчений діалог обертається навколо питання про ефективність ЗПТ, що само по собі схоже на створення велосипеда — світовий досвід встановив факт ефективності ЗПТ.

Даний підхід повністю узгоджується з положенням статті 11 (а) Кодексу проведення Спеціальних Процедур (Спеціальних допові-

дачей ООН, Code of Conduct for mandate holders), стаття 11. «Візити до країни».

Власникам мандатів рекомендується: (e) Намагатися встановити діалог з відповідними урядовими структурами та іншими зацікавленими сторонами, а також просувати діалог та співробітництво для забезпечення повної ефективності спеціальних процедур, що здійснюються на основі загальних зобов'язань власників мандатів, зацікавлених Урядів та інших зацікавлених сторін

Поняття «зацікавлені сторони» роз'яснюється в преамбулі «Кодексу проведення», в якому вказано:

«Розглядаючи як необхідність надання допомоги всім зацікавленим сторонам, включаючи уряди, національні структури з прав людини, неурядові організації та індивідуальні особи...»

Метою першого діалогу, який має відбуватися у ході візиту, є розробка «дорожньої карти» для подолання основних проблем на шляху до реалізації права на здоров'я споживачів ін'єкційних наркотиків щодо доступу до програм ЗПТ.

В даний час Україна отримала чіткі рекомендації від Міжнародного Комітету з економічних, соціальних і культурних прав (CONSIDERATION OF REPORTS SUBMITTED BY STATES PARTIES UNDER ARTICLES 16 AND 17 OF THE COVENANT, Concluding observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, UKRAINE, 28, 51). У рекомендаціях вказано про необхідність забезпечення широкого застосування ЗПТ та зменшення шкоди, включаючи в місцях позбавлення волі.

Дані рекомендації, а також скарги до Спеціального доповідача мають виступати відповідними пунктами діалогу між Урядом України та громадським суспільством при посередництві Спеціального доповідача з питання про право кожної людини на найвищий досяжний рівень

² Більш детально про мандат та обсяг повноважень на сайті <http://www2.ohchr.org/english/issues/index.htm>

фізичного і психічного здоров'я Ради з прав людини ООН Ананда Гровера.

Станом на 1 січня 2012 року в Україні налічується 6632 пацієнти, що на 526 більше, ніж було на 1 січня 2011 р. та на 1537 більше, ніж станом на 1 січня 2010 р.

Із 6632 пацієнтів ЗПТ — 2967 ВІЛ-інфікованих (44,7%), 931 отримують АРТ (31,4 %), а 470 готуються до АРТ (15,8%)

1 «Вантаж-200»³

— так кличуть клієнти ЗПТ цей наказ...

27.03.2012 року був прийнятий наказ МОЗ України № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю», який викликав бурю негативних відгуків як серед клієнтів ЗПТ, так й з серед правозахисного середовища.

Розглянемо по пунктам, чому цей наказ викликав таке обурення⁴.

- **П. 5 Порядок проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю**, затверджений наказом МОЗ № 200 від 27.03.2012. Критеріями включення до ЗПТ є: вік пацієнта більше ніж 18 років, письмове звернення хворого щодо початку ЗПТ, **не менше двох документально засвідчених неуспішних спроб** попереднього лікування від наркотичної залежності.

Коментарі: критерій «не менше двох документально засвідчених неуспішних спроб» суперечить принципу анонімності лікування, передбаченого ст. 14 Закону України «Про за-

³ «Груз 200 — военный термин, обозначающий транспортировку убитых или умерших людей в специальном герметичном контейнере (запаянный цинковый гроб) до места захоронения. Название вошло в обиход после войны в Афганистане. В более широком смысле «двухсотый» — погибший.

⁴ Зауваження підготував Ігор Скалько, координатор направлення ЗПТ (у Миколаївській ЦРЛ).

ходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними».

До того ж, такий критерій повністю суперечить однієї з основних засад Українського медичного права, згідно якої пацієнт сам вільний обирати методи лікування (ст. 6, 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

Крім того, підвищення порогу прийняття до програми (надання довідок, яких майже ніхто з кандидатів не зможе надати) призведе до чергового оберту корупційних прояв в медицині (довідки за гроші) та усуне саму можливість увійти до програми ЗПТ для більшості споживачів ін'єкційних наркотиків, що в свою чергу — до збільшення кількості інфікування ВІЛ через голку.

- П. 8 «Комісія приймає рішення щодо мінімальної та максимальної дози препарату та термін його застосування шляхом заповнення форми первинної облікової документації № 129-3/о «Висновок про призначення препаратів замісної підтримувальної терапії».

Коментарі: пропонуємо взагалі інститут комісій з доцільності ліквідувати як такий, що не має ніякого сенсу. На практиці — всі такі комісії лише бюрократична формальність — входять в цю комісію спеціалісти, що не мають до ЗТ жодного відношення.

Тільки лікар повинен відповідально признати препарат та оперативно змінювати його дозування.

Вважаємо Комісію архаїзмом, їх ліквідування тільки заощадить тони паперу та врятує від знищення тисячі дерев.

Крім того, проект Постанови КМУ щодо обігу наркотичних засобів в лікувальних закладах не передбачає таку інституцію.

- «1. Форма № 129-3/о «Висновок про призначення препаратів замісної підтримувальної терапії» (далі — форма № 129-3/о) заповнюється комісією з доцільності призначення наркотичних засобів закладу охорони здоров'я (далі — Комісія) за-

місної підтримувальної терапії у складі голови Комісії та двох наркологів»⁵.

Коментарі: *Таким чином, на сьогоднішній день багато лікувальних закладів, що впроваджують програму ЗПТ, не мають права признавати наркотичні засоби, тому що не мають 2-х наркологів у штатному розкладі.*

- П. 10. У разі необхідності отримувати ЗПТ у закладі охорони здоров'я, розташованому в іншому регіоні (зміна місця проживання, відрядження, відпустка та інше), хворий, який вже отримує ЗПТ, може звернутись до закладу охорони здоров'я іншого регіону, в якому проводиться ЗПТ, для її продовження.

Для цього хворий подає до закладу охорони здоров'я заяву щодо продовження для нього ЗПТ в цьому закладі охорони здоров'я, копії сторінок паспорта (1, 2 та сторінки із зазначенням останнього місця реєстрації особи) та завірену в установленому порядку виписку з медичної документації на хворого, яка ведеться закладом охорони здоров'я, де хворому проводилась ЗПТ, відповідно до вимог законодавства України.

Паспорт пред'являється хворим особисто при поданні документів.

...

До виписки додається копія документа (належним чином завірена копія (витяг) наказу про відрядження або відпустку), що підтверджує необхідність отримувати ЗПТ у закладі охорони здоров'я, розташованому в іншому регіоні, та є підставою для надання цієї виписки.

Рішення щодо продовження ЗПТ в закладі охорони здоров'я приймає Комісія в триденний термін з моменту подання документів та письмово інформує

про прийняте рішення хворим та лікарем закладу охорони здоров'я, де особа з опіоїдною залежністю отримує ЗПТ.

Коментарі: *цей пункт, по-перше, обмежує право пацієнта на вільне обрання закладу охорони здоров'я, по-друге, обмежує право на вільне пересування, передбачене ЗУ «Про свободу пересування та вільний вибір місця проживання в Україні», тому що передбачає пересування в залежність від наявності наказу про відрядження або відпустку.*

Крім того, залежність від наявності чи відсутності саме паспорта, який може бути відсутнім на момент пересування, теж обмежує право пацієнта та людини. Потрібно замінити на документ, що посвідчує особу (паспорт громадянина України, паспорт громадянина України для виїзду за кордон, дипломатичний паспорт, службовий паспорт, посвідчення особи моряка, службове посвідчення, посвідчення водія чи інший, виданий державним органом документ, який має такі обов'язкові реквізити, як прізвище, ім'я, по батькові, фотокартку, підпис відповідальної посадової особи, відбиток печатки або штампу установи, яка видала документ, дату видачі.

Більшість пацієнтів взагалі ніде не працюють, багато хто не має реєстрації у паспорті. Таке положення суперечить нормам ЗУ «Про свободу пересування» та взагалі нагадує ситуацію за радянських тоталітарних часів, коли колгоспникам не видавали паспорти, щоб вони не тікали з сіл.

Крім того, поки «Рішення щодо продовження ЗПТ в закладі охорони здоров'я приймає Комісія в триденний термін з моменту подання документів та письмово інформує про прийняте рішення хворим та лікарем закладу охорони здоров'я, де особа з опіоїдною залежністю отримує ЗПТ», дехто з мігруючих пацієнтів дуже потерплять від синдрому відміни та можуть зірватися на нелегальний наркотик, нанівець піде весь термін попереднього лікування. Або прийдеться «вирішувати питання про пришвидшення рішення», знов таки не на користь боротьби з корупцією.

⁵ Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 129-3/о «Висновок про призначення препаратів замісної підтримувальної терапії», затверджена наказом МОЗ № 200 від 27.03.2012.

- П. 12. Керівник закладу охорони здоров'я у випадку проведення стаціонарного лікування хворого, який отримує ЗПТ, з метою забезпечення безперервності ЗПТ письмово звертається до Міністра охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальників управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій для забезпечення передачі Препарату між закладами охорони здоров'я з обов'язковим дотриманням вимог законодавства щодо порядку обігу наркотичних засобів, психotropних речовин і прекурсорів.

Коментарі: дуже ретроградне положення, тому що порядок перерозподілу вже в багатьох регіонах вирішено шляхом видання відповідних наказів. Треба більше свободи надати ЛПЗ, що мають ліцензії на наркотики. Доки пройде узгодження, людину вже випишуть.

- П. 13. ЗПТ проводиться лікарем, який має кваліфікацію нарколога або пройшов курс тематичного удосконалення з проведення ЗПТ за методикою, затвердженою наказами МОЗ України.

Коментарі: а як же лікарі інших ЛПЗ, які будуть надавати допомогу пацієнтам, що госпіталізовані? Це положення просто на руку всіляким контролюючим організаціям, на кшталт ВБНОН.

- П. 17. Рішення про припинення ЗПТ приймається на засіданні Комісії за поданням лікаря у таких випадках:
 - надходження заяви хворого про відмову від подальшої участі у ЗПТ;
 - порушення хворим правил участі у ЗПТ, встановлених наказами МОЗ України;
 - спроби винести Препарат за межі закладу охорони здоров'я;
 - пропуск прийому Препарату більше 10 днів протягом місяця;
 - набуття законної сили вироку суду або адміністративного провадження;

- підтвердження за результатами тесту сечі наявності в організмі хворого наркотичних засобів.

Коментарі: По-перше, набуття законної сили вироку суду або адміністративного провадження — як бути з людиною, засудженою умовно, або до штрафу, або за порушення правил дорожнього руху?

А найнебезпечніше: підтвердження за результатами тесту сечі наявності в організмі хворого наркотичних засобів — це положення просто перекреслює принципи самої програми, принципи зменшення шкоди. Сама хвороба характеризується можливими «зривами» та рецидивами споживання звичних наркотичних засобів, особливо на етапі індукції. Крім того — знову ж до корупції...

Загальний висновок: наказ МОЗ № 200 від 27.03.2012 року «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» можна охарактеризувати як вкрай невдалий, такий, що створений на замовлення противників ЗПТ, або людьми, що не мають жодної уяви про практичну роботу з наркозалежними.

Загальний висновок: Наказ МОЗ № 200 від 27.03.2012 року «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» потрібно скасувати та видати новий, з урахуванням рекомендацій незалежних експертів

2 Регіональний успіх впровадження програми ЗПТ. У Полтавській області розпочато фінансування програми замісної-підтримуючої терапії з обласного бюджету

03/10/2012

«Взагалі, це перший в Україні прецедент, коли відбулись суттєві зміни на рівні регіональної наркополітики», — повідомляє керівник відділу адвокації БА «Світло надії» Сергій Жук.

Головне, що ці зміни, орієнтовані на дотримання прав людини та гуманне ставлення до наркозалежних, підтверджуються конкретними діями. Так, незважаючи на хронічний брак коштів, рішенням сесії обласної ради виділено понад 10 млн. грн на обласну програму протидії поширенню наркоманії. Заходи програми розроблені у відповідності до сучасних міжнародних стандартів і передбачають діяльність за трьома стратегічними напрямками: зменшення попиту, зменшення поставок, зменшення шкоди. По кожній із обраних стратегій заплановані обсяги фінансування, зокрема на роботу у сфері «Зменшення шкоди» передбачено виділення 4,2 млн. грн коштів обласного бюджету. В результаті буде забезпечено функціонування пунктів обміну шприців, підтримана робота аутич-маршрутів та діяльність «Громадських центрів» для споживачів ін'єкційних наркотиків у Полтаві, Кременчуці, Лубнах, програма лікування наркозалежних ЗПТ.

Таким чином, зроблено перший крок на шляху переведення програм, які забезпечуються коштами Глобального Фонду, у площину видатків обласного та місцевих бюджетів.

Важливим зрушенням з місця та підтвердженням того, що програма буде працювати, стало поширення програми замісної підтримувальної терапії вже з вересня цього року на 5 місць, шляхом закупівлі вітчизняного препарату «Бупренорфін» на кошти обласного бюджету. Ця знакова подія дозволить у наступному році виділити кошти на придбання препарату вже для 50-ти клієнтів, що становить майже 10% від загальної кількості учасників програми.

Наведений нами приклад свідчить про те, що незважаючи на перешкоди, представники третього сектору можуть і повинні впливати на ситуацію, зокрема, у сфері наркополітики та ВІЛ-сервісу. З огляду на те, що працююча «вертикаль влади» у Полтавській області, мало чим відрізняється від інших регіонів, сподіваємось, що досягнутий результат БА «Світло надії» додасть оптимізму всім тим, хто не вірить у можливість змінити життя на краще.

3 Потрібно негайно зменшити рівень криміналізації споживачів наркотиків⁶

Існуюча в Україні система протидії незаконному обігу наркотиків та призначення покарання за відповідні правопорушення серед іншого базується на Таблицях невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться в незаконному обігу (далі — «Таблиці розмірів наркотиків...»), саме на підставі цього нормативного документу, затвердженого Наказом МОЗ України № 188 від 01.08.2000, органи дізнання, досудового слідства та суд кваліфікують незаконне зберігання певної кількості наркотиків як адміністративне правопорушення (ст. 44 КУпАП) або як кримінальний злочин (ст. 309 КК України) та встановлюють кваліфікуючі ознаки відповідних інших складів наркозлочинів.

З 29 жовтня 2010 року внаслідок прийняття Наказу МОЗ України № 634 від 29.07.2010 та вступом у дію нової редакції «Таблиць розмірів наркотиків...», рівень криміналізації споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) на основі опію (опій та опій ацетильований), найбільш поширених у незаконному обігу в Україні, що вживаються ін'єкційним шляхом, підвищився відповідно у 5–20 разів.

Наявна судова практика в Україні достеменно свідчить, що нерідко навіть залишків опію ацетильованого у використаному шприці може бути достатньо для притягнення особи до кримінальної відповідальності за ст. 309 КК України. За таких умов СІН обґрунтовано побоюються тримати при собі використані шприці та нести їх на обмін до ПОШ.

Ця проблема безпосередньо стосується щонайменше 59,8 тис, або 76% усіх офіційно зареєстрованих на диспансерному обліку МОЗ України осіб з хронічною залежністю від опіоїдів. Таким чином, окремі положення вищезазначеного Наказу МОЗ України є пере-

⁶ Загальнонаціональний адвокаційний план у сфері протидії ВІЛ/СНІДу на 2012 рік — www.hiv.org.ua/

шкодою для реалізації державної гарантії, викладеній у п. 8 ст. 4 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», що в останній редакції від 23.12.2010 гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) за допомогою програм зменшення шкоди, що, серед іншого передбачають створення умов для заміни використаних ін'єкційних голків і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією.

4

Проблемні питання впровадження ЗПТ

- Ряд ЛПЗ так і не розпочали впровадження ЗПТ, централізація лікування є перешкодою до досягнення універсального доступу до ЗПТ.
- Проблеми із забезпеченням безперервності лікування ЗПТ у випадках госпіталізації у профільні ЛПЗ: є наказ МОЗ України, але більш, ніж в 50% регіонах він не виконується. Проблеми з лікуванням опортуністичних інфекцій. Є навіть центри СНІД, які (на 01.11.12) не розпочали впровадження ЗПТ за наказом МОЗ.
- Проблеми з порушення прав пацієнтів ЗПТ з боку міліції та медичного персоналу, як результат: наркозалежні обґрунтовано побоюються переходити на лікування ЗПТ або покидають лікування, 1285 вільних місць на лікування в програмі залишаються незаповненими.
- Практично не забезпечується доступ до ЗПТ для пацієнтів, які затримані за скоєння правопорушень або перебувають під вартою та засуджених.

5

Рекомендації

1. Розширити доступ до програми замісної підтримуючої терапії та покращення якості послуг.
2. Запровадити рідкі форми метадону у практику ЗПТ.
3. Розробити механізм забезпечення безперервності лікування для учасників програми ЗПТ, які знаходяться в ІТЗ, СІЗО та МПВ на національному та регіональному рівнях
4. Сприяти виконанню положення наказу МОЗ України від 29.12.2009 № 1054 (п. 2.5.) щодо забезпечення безперервності ЗПТ для пацієнтів, госпіталізованих до стаціонарних відділень лікувально-профілактичних закладів (загального профілю або спеціалізованих). Розширення практики надання ліків ЗПТ за рецептом.
5. Скасувати наказ МОЗ України № 200 від 27.03.2012 року «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю».
6. Видати новий наказ МОЗ «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» з урахуванням рекомендацій незалежних експертів.
7. Привести норми Наказу МОЗ України № 634 від 29.07.2010 року відносно невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, що знаходяться у незаконному обігу, у відповідність до добових доз для статистичних цілей (S-DDD), що визначаються МККН ООН.
8. Проводити постійний моніторинг випадків порушень прав наркозалежних та втручання в діяльність програм зменшення шкоди, зокрема, з боку правоохоронних органів.

Розділ 6

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ» В КОНТЕКСТІ ПРАВ ЛЮДИНИ

Закон України «про психіатричну допомогу» був прийнятий 22.02.2000 р. і за цей час приніс чимало негараздів і нещастя як психічнохворим, так і їх рідним. Можна без перебільшень зазначити, що цей закон скасував психіатричну допомогу у тому вигляді, в якому вона існувала в Російській імперії та СРСР. Багато хто вважає це позитивним, адже за радянських часів існувала репресивна психіатрія і чимало інакодумців постраждали через неї. Але за радянських часів окрім репресивної, була звичайна психіатрична допомога — ефективна і діюча¹.

Психічнохворі отримували необхідну допомогу швидко і якісно. І, хоча умови утримання хворих і за радянських часів були досить скромними, але вони не голодували і мали необхідні ліки безкоштовно.

Зараз все це під великим питанням. І харчування у психіатричних лікарнях вкрай погане, і безкоштовні ліки призначають не за принципом їх необхідності, а за принципом їх дешевизни. Але найпотужнішим ударом по психіатрії була не відсутність коштів, а сам згаданий нами закон. Стаття 11 цього закону передбачає усвідомлену згоду хворого на огляд лікарем: *«Психіатричний огляд проводить ся лікарем-психіатром на прохання або за*

усвідомленою згодою особи». Тобто, якщо людина дієздатна, то ані родичі, ані, тим більше, треті особи, не можуть без її згоди добитися огляду хворої людини психіатром. Але всім відомо, що одним із симптомів ендогенного захворювання: шизофренії, МДП, тощо є відсутність критики до свого стану. Отже, шизофренік ніколи не погодиться на обстеження психіатром, бо вважає себе здоровим, а спробу його лікувати приписує ворожим силам. Що залишається робити родичам хворого, які бачать ознаки хвороби у їх родича. Викликати психіатра? Можна. Але за законом психіатр, який приходить до хворого, має представитись йому, сказати, що він лікар-психіатр і спитати, чи хоче хворий, щоб його оглянули. Звичайно, більшість хворих відмовляються від огляду і психіатр уходить ні з чим. Але хворий залишається хворим. І інколи, доволі часто, він являє собою небезпеку і для себе, і для свого оточення.

Вчасно не призначене лікування може призвести до самогубства, мати важкі наслідки для родини хворого. Прикладів дуже багато, оскільки ХПГ допомагає родичам хворих. Ось один з таких прикладів:

До ХПГ звернулася жінка зі скаргою, що її донька психічно хвора, постійно б'є її онука та її саму.

Жінка викликала психіатричну допомогу — швидко, але донька категорично відмовлялась від огляду. Викликала і міліцію, яка за

¹ Розділ підготовлено Інною Сухоруковою, Сергієм Холтобіним.

законом може викликати швидку, але робить це вкрай неохоче і рідко. В даному випадку міліція, приїхавши, заявила, що це їхні домашні справи. «Домашні справи» закінчилися тим, що хвора побила свою дитину до того, що її со струсом мозку доправили до лікарні. Після чого ХПГ звернулася до опікунської ради і до прокуратури. Рішенням опікунської ради мати була позбавлена батьківських прав, опікуном неповнолітнього сина стала його бабуся — мати хворої. Але саму хвору так ніхто лікувати і не став. Міліція і прокуратура не звернулись до лікарів, а сама хвора лікуватись, звичайно, не бажала.

Ще один приклад торкається ситуації, яка знаходиться в процесі вирішення.

Хворий В. — мав психічні розлади з дитинства, неодноразово лікувався в психіатричному підлітковому відділенні, стоїть на обліку в психіатричному диспансері, але діагнозу «шизофренія» у нього не було. Йому ставили діагноз психопатія і з цим діагнозом він був визнаний непридатним до служби в армії. В 28 років, зненацька, став вважати себе дівчиною, почав одягатися в жіночий одяг і приймати жіночі гормони — естрогени. Батьки не відразу зрозуміли, що це прояв психічної хвороби, але коли вони дізнались, що він ще й набрав кредитів, які не виплачує, купив 3 машини і, взагалі, наробив багато дивних речей — вони зрозуміли, що це прояв хвороби, яка була у нього ще в юнацтві. Вважаючи, що В. небезпечний для себе, батьки викликали швидку психіатричну допомогу. Швидка привезла В. до психіатричної лікарні, але він відмовився від огляду психіатрів і його відпустили із санпропускника. Батьки звернулися до суду, але суд не став розглядати їх клопотання і не призначив психіатричну експертизу. Зараз батькам невідомо, що відбувається з їхнім сином — він перервав родинні зв'язки. Вони знають тільки, що банк, де він брав кредити і не сплачував їх, звернувся до суду з вимогою накласти арешт на його майно. І в даному випадку суд спрацював швидко, надавши дозвіл на арешт майна В. Батьки хворого знову, вже з новими документами, подали до суду з про-

ханням призначити В. психіатричну експертизу. Але чим все закінчиться наразі невідомо.

За словами психіатрів, суди, як і міліція дуже неохоче дають дозвіл на примусове лікування та обстеження, залишаючи хворих без будь-якої медичної допомоги.

В одному випадку ситуацію з агресивним психічнохворим врятували сусіди. Хворий Н. мав діагноз — «шизофренія», але не був позбавлений дієздатності. Він не лікувався, хвороба посилювалась. Н. став агресивним, бив дітей і дружину. Сусіди чи не кожного дня чули крики та бійки. Але міліція, як завжди, не втручалася, відмовляючи на тій підставі, що це «домашні проблеми». Тоді сусіди постукали під час бійки в квартиру і коли Н. почав їм загрожувати, викликали міліцію. У Н. була наявна маячня, і міліція викликала швидку психіатричну допомогу. Н. був госпіталізований і зараз лікується. Співробітники ХПГ порадили сусідам так вчинити. І, на щастя, сусіди були сміливими і небайдужими.

Психіатри не можуть нормально працювати через цей закон. Вони бачать, що людина хвора і небезпечна для оточення, але вони не мають правових важелів, щоб її лікувати. Тільки те, що бюджетники в нас залякані і, як правило, не вдаються до публічних акцій, пояснює те, що ми не маємо акцій протесту з боку психіатрів, яких цей закон, і пов'язана з ним ситуація не може не хвилювати. ХПГ звернулася з проханням до міністра охорони здоров'я пані Богатирьової переглянути цей закон, але відповіді ми поки не отримали.

Хворі люди, а не тільки їх родичі, постійно звертаються і до нас. Вони скаржаться на якісь, частіше за все, вигадані проблеми. Але ми бачимо, що їх потрібно лікувати. Але наші звернення до психіатричних диспансерів залишаються марними, бо хворі не надають «усвідомленої» згоди на огляд лікарями та лікування — вони не усвідомлюють, що така допомога їм потрібна.

Щодо репресивної психіатрії — то закон від неї не рятує. І в незалежній Україні є реп-

ресивна психіатрія. Ми зіткнулися з нею у випадку з хворим Р.

Цьому хворому діагноз «шизофренія» був виставлений досить давно. Але лікувався він рідко і диспансер не відвідував. Звичайно, не отримував і необхідні ліки. Отже, коли трапилась вся ця історія, якою і зараз переймається ХПГ, він не був під лікарським наглядом. Відтак, зрозуміти, наскільки він хворий наразі неможливо.

За офіційною версією слідчих і суду Р. побив дівчину настільки сильно, що вона потрапила до лікарні, де їй зробили операцію. За версією матері Р., міліція позбавила його волі незаконно, вони били його до того, що він потрапив до нейрохірургії зі струсом мозку, а дівчину він бити не міг, бо в цей час був в іншому місці. Не будемо вдаватися у ці подробиці, бо нас цікавить медична частина цієї історії. Слідчі доправили Р. на психіатричну експертизу, яка підтвердила наявність у нього психічної хвороби. На підставі цього суд постановив доправити Р. до Української психіатричної лікарні з суворим наглядом, яка знаходиться у Дніпропетровську, визнавши його соціально небезпечним.

Цього б не відбулося, якби Закон України «Про психіатричну допомогу» не віддав би долю Р. на його власний розсуд, і він би вчасно лікувався (якщо версія слідства про нанесення побоїв саме ним є вірною).

Але у психіатричній лікарні з суворим наглядом його почали лікувати відразу важкими нейролептиками, які він не переносив, про що було отримано довідку з Харківської обласної психіатричної лікарні № 3. Мати на побаченнях бачила сина схудлого, в судоммах. Юристи ХПГ направили запит на ім'я головного лікаря з проханням повідомити, які ліки застосовують у лікуванні Р., але відповіді не отримали і були змушені подати на керівництво лікарні до суду. Суд зобов'язав головного лікаря відповісти юристам ХПГ. І тільки після цього Р. почали лікувати іншими ліками. Отже, ми бачимо, як хвороба, яку або не лікували,

або лікували недостатньо, може спричинити трагічні наслідки. Але закон не рятує від репресивної психіатрії.

Наразі продовжуються процеси за справою Р. проти міліції і проти слідчого. Інтереси Р. в суді представляють співробітники ХПГ.

Родичі ще одного хворого звернулися до нас із проханням допомогти їм госпіталізувати хворого А. Сам хворий А. звернувся до ХПГ зі скаргою, що його переслідує СБУ, намагаються його вбити. Колишня дружина А. написала нам заяву, що А. страждає на важке психічне захворювання. В 2007 році лікувався у ХОПЛ № 3. Зараз ситуація зі станом здоров'я А. погіршилась. Дружина звернулась до зав. відділення, де лежав її колишній чоловік. Лікар зазначив, що вважає за необхідне його термінову госпіталізацію. Але А. не хоче і чути про це, бо вважає себе здоровим. Він постійно переслідує колишню дружину та доньку, яка змушена була виїхати з Харкова, доводячи їм, що їх хочуть вбити співробітники КДБ. В такому стані він намагався проникнути до житла старих батьків своєї дружини, ламав двері. Дружина викликала міліцію, розповіла про хворобу А., попросила допомогти його госпіталізувати. Але міліція провела з А. співбесіду, умовляючи його поводити себе відповідно до загально прийнятих норм, і поїхала, а проблема залишилась.

Зараз А. продовжує переслідувати дружину та її батьків. Звернення ХПГ до диспансеру ні до чого не призвело. Нам пояснили, що госпіталізувати А. можна шляхом одночасного виклику швидкої і міліції, якщо міліція захоче (!) брати в цьому участь. Тобто наразі проблеми не вирішено.

В ЗУ «Про психіатричну допомогу» є ще одна неприпустима річ. У ч. 2 ст. 11 цього закону зазначено: *Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) — на прохання або за згодою її батьків чи іншого*

законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, — на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків, або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено у суді (Частина друга статті 11 із змінами, внесеними згідно із ЗУ № 1033 від 17.05.2007), тобто обстежити психічно хвору дитину можна тільки за усвідомленою згодою обох батьків. Але один із батьків може не розуміти, що дитина потребує огляду психіатра. Може просто боятися, що буває дуже часто, контактів із психіатрами.

Декілька років тому до ХПГ поскаржилась молода жінка, розлучена з чоловіком. Її чоловік, незважаючи на те, що їх 5-ти річний син був наявно розумововідсталий, не давав згоду на обстеження дитини психіатром, незважаючи на те, що дуже рідко бачив дитину. Отже, хлопець зростав без належного спостереження лікарями, відповідно його стан погіршувався. Тоді співробітники ХПГ домоглися обстеження дитини.

Але закон робить свою чорну справу. І скільки таких дітей залишаються без медичної допомоги.



Рекомендації

1. Сформувати робочу групу з провідних фахівців, науковців, практиків за спеціальністю «Психіатрія» та розробити нову редакцію Закону України «Про психіатричну допомогу».

2. Особливої уваги потребують:

а) Стаття 11 Закону України «Про психіатричну допомогу». «Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи».

б) Частина друга статті 11 Закону України «Про психіатричну допомогу» «Щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) — *(психіатричний огляд проводиться — ред.)* на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, — на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків, або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду».

Розділ 7

ПРАВА ЛЮДЕЙ, ЩО НАЛЕЖАТЬ ДО ЛГБТ-СПІЛЬНОТИ, В ЦАРИНІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Супільство в цілому потребує роботи правозахисників. Без них державна машина могла б з більшою легкістю урізати наші з вами права і свободи. Правозахисники — противага, яка не дозволяє цього робити, — говорить лідер всеукраїнського громадського ЛГБТ-об'єднання «Гей-Форум України» Святослав Шеремет. — А концепція прав людини — універсальна. Це означає, що не можна, наприклад, ратувати за свободу віросповідання, але при цьому ігнорувати утиски на підставі сексуальної орієнтації. Відрадно, що провідні українські правозахисники «взяли в оборот» ті проблеми, з якими стикаються в Україні гомосексуали¹. Відрадно, що борці за торжество прав людини мають сміливість говорити про гомофобні ініціативи наших парламентаріїв. Упевнений, що парламент, Президент, уряд і міністерства візьмуть рекомендації правозахисників до виконання».

1 Актуальність проблеми²

Основними причинами епідемії серед ЧСЧ є ризикована сексуальна поведінка та дуже

¹ Загальні відомості про проблему: Права людини в галузі охорони здоров'я — 2011. — Харків: Права людини, 2012 р. — 208 с.

² Матеріали до розділу надані Олександром Зінченковим.

високий рівень соціальної дискримінації³. Саме через дискримінацію чоловіки не звертаються до медичних установ і неурядових організацій за інформацією про профілактику та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, тому що це потребує розкриття їхньої гомосексуальної поведінки. Отже, у зв'язку зі стигмою та дискримінацією уразливість до інфекції та хвороби підвищується, а національні дані не відображають масштабів епідемії ВІЛ, пов'язаної із сексуальними контактами між особами однієї статі. Від початку поширення ВІЛ в Україні (1987 рік) згідно з офіційною статистикою інфіковано гомосексуальним шляхом лише 410 осіб. За підсумками спеціального дослідження 2009 року, показник поширеності ВІЛ серед ЧСЧ у нашій країні був визначений на рівні 8,6%. При цьому показник інфікування в деяких містах досить високий: наприклад, у Одесі він становить 21,7%, у Донецьку — 19,9%, у Львові — 19,3%, у Сімферополі — 9,2%, у Києві — 7,7%. Варто зазначити, що оцінна кількість ЧСЧ в Україні за результатами оцінки 2009 року складає 95–213 тис. осіб у віці 15–49 років. Оцінок чисельності ЖСЖ та досліджень щодо ролі цієї соціальної групи епідемії ВІЛ/ІПСШ в Україні не проводилося.

³ ЧСЧ та ВІЛ. Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для працівників сфери охорони здоров'я: Методичний посібник / Програма розвитку ООН в Україні. — За ред. Ярошенко А. А. — Авт. колектив: Гейдар Л. М., Мостяев О. І., Саранков Ю. А., Ярошенко А. А. — К., 2011. — 80 с.

2 Робота громадських та правозахисних організацій

Станом на 20 лютого 2012 року 18 неурядових організацій здійснювали профілактичну роботу серед ЧСЧ за фінансової підтримки Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в 16 з 27 територіально-адміністративних одиниць України найвищого рівня⁴: 11 областях (Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Київській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій), містах Києві, Севастополі та АР Крим.

Основними послугами, які надаються в рамках проектів для ЧСЧ, є такі:

- розповсюдження презервативів та лубрикантів на аутирич-маршрутах;
- групові та індивідуальні консультації з питань безпечної сексуальної поведінки, ВІЛ-інфекції/СНІДу та ІПСШ;
- тренінги, спрямовані на формування безпечної поведінки, у тому числі мотивування до використання презервативів та лубрикантів;
- добровільне консультування у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та її експрес-діагностика, тестування на ІПСШ та їх лікування;
- розповсюдження інформаційних матеріалів;
- проведення груп взаємодопомоги;
- індивідуальні та групові консультації психолога;
- консультування за принципом «рівний — рівному»;

⁴ Гейдар Л. М. Забезпечення прав людини в контексті епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу: кращий досвід України. Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для працівників сфери охорони здоров'я: Методичний посібник / Програма розвитку ООН в Україні. — За ред. Ярошенко А. А. — Авт. колектив: Гейдар Л. М., Мостяєв О. І., Саранков Ю. А., Ярошенко А. А. — К., 2011. — 80 с.

- проведення груп самопомоги, в тому числі і для ВІЛ-позитивних ЧСЧ;
- переадресування на отримання послуг, що надаються партнерськими організаціями та установами;
- поширення інформації про наявні послуги серед спільноти.

Крім того, у низці проектів здійснюються додаткові види діяльності, орієнтовані на ЧСЧ, серед яких:

- експрес-діагностика гепатитів В й С та вакцинація проти гепатиту В;
- розповсюдження фемідомів;
- інформаційно-профілактичне дозвілля, в тому числі вечірки, спрямовані на формування безпечної сексуальної поведінки;
- онлайн-консультування (через соціальні мережі);
- розробка інформаційних матеріалів;
- програма менторської підтримки.

3 Найбільш поширені проблеми здоров'я^{5,6}

Дослідження серед українських ЧСЧ за-свідчило, що протягом останнього (2009) року вони найчастіше хворіли на такі ІПСШ: *трихомоніаз* (1,7%), *гонорея* (1,6%), *хламідіоз* (1,4%), *сифіліс* (0,6%), *генітальний герпес* (0,5%). Якщо проаналізувати поширеність сифілісу серед ЧСЧ на національному рівні, то вона є нижчою

⁵ Саранков Ю. А., Ярошенко А. А. Деякі аспекти медичних проблем ЧСЧ. Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для працівників сфери охорони здоров'я: Методичний посібник / Програма розвитку ООН в Україні. — За ред. Ярошенко А. А. — Авт. колектив: Гейдар Л. М., Мостяєв О. І., Саранков Ю. А., Ярошенко А. А. — К., 2011. — 80 с.

⁶ Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К., 2011. — С. 62.

порівняно з ВІЛ-інфекцією; у середньому, відповідно до результатів швидких тестів вона однакова для різних вікових груп і становить 2,2%. Найвища поширеність сифілісу серед ЧСЧ у Донецьку (7,3%) та Херсоні (7,6%)⁷.

До цього списку можна додати підвищений ризик інфікування збудниками хвороб, що викликають ураження шлунково-кишкового тракту (амебіаз, шигельоз, криптоспоридіоз). Ці інфекційні захворювання мають орально-анальний механізм інфікування як результат небезпечних сексуальних практик, специфічних для ЧСЧ.

Інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ) 16-го типу асоційоване з виникненням раку прямої кишки у чоловіків. За деякими даними, близько 90% ВІЛ-інфікованих і 65% неінфікованих ЧСЧ є носіями ВПЛ⁸. Анальні сквамозні інтраепітеліальні пошкодження слизової низького та високого ступенів тяжкості є факторами, які сприяють виникненню анальної карциноми⁹. Цитологічні дослідження мазків зі слизової прямої кишки (РАР-тест) у ЧСЧ повинні проводитись один раз на два-три роки, а за наявності ВІЛ-інфекції — частіше.

4 Перешкоди для проходження ВІЛ-тесту

Неприйняття власної сексуальної орієнтації (інтерналізована, засвоєна гомофобія або гомонегативізм) є перешкодою для проходження тесту на ВІЛ і може призводити до ізоляції з неможливістю встановити довгот-

⁷ Іб, с. 65

⁸ Palefsky J. M., Holly E. A., Ralston M. I., et al. Prevalence and risk factors for human papillomavirus infection of the anal canal in human immunodeficiency virus (HIV) — positive and HIV-negative homosexual men // *Journal of Infectious Diseases*. — 1998. — № 177. — Рр. 362–377.

⁹ Chin-Hong P. V., Vittinghoff E., Cranston R. D., Browne L., Buchbinder S., Colfax G., Da Costa M., Darragh T., Benet D. J., Judson F., Koblin B., Mayer K. H., Palefsky J. M. Age-Related Prevalence of Anal Cancer Precursors In Homosexual Men: the EXPLORE study // *Journal of the National Cancer Institute*. — 2005. — № 97 (12). — Рр. 896–905.

ривалі стосунки та практикою ризикованого анонімного сексу. ЧСЧ, які не підтримують контактів з спільнотою геїв, зазвичай не отримують профілактичної інформації та засобів захисту, що суттєво підвищує ризик інфікування ВІЛ/ІПСШ¹⁰.

Постановка діагнозу «ВІЛ-інфекція» є сильним фактором стресу. Дослідження індексу стигми, проведене «Всеукраїнською мережею ЛЖВ», дало змогу виявити характерні для загального психологічного стану ВІЛ-позитивних представників ЛГБТ-спільноти різноманітні думки, почуття та дії негативного забарвлення з приводу їхнього ВІЛ-статусу.

Страхи та побоювання ВІЛ-позитивних ЛГБТ у зв'язку з ВІЛ-статусом¹¹

Мене сторонитимуться мої друзі та сім'я	68
Про мене почнуть пліткувати	65
Потенційні партнери не захочуть мати сексуальні стосунки зі мною	58
Мене будуть ображати або словесно погрожувати	50
Мене будуть фізично переслідувати	35
Люди можуть подумати, що я нерозбірливий(а) у своїх зв'язках, що я — ЧСЧ, ПКС або СІН	34
Я не зможу вийти заміж/одружитися	23
Я втрачу роботу або буду виключений(а) з навчального закладу	18
Мене примусять піти з дому або переїхати в інше місце	16
Міліція або інші правоохоронні органи можуть спробувати порушити кримінальну справу щодо мене	8

¹⁰ Саранков Ю. А., Ярошенко А. А. Деякі аспекти медичних проблем ЧСЧ. Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для працівників сфери охорони здоров'я: Методичний посібник / Програма розвитку ООН в Україні. — За ред. Ярошенко А. А. — Авт.колектив: Гейдар Л. М., Мостяев О. І., Саранков Ю. А., Ярошенко А. А. — К., 2011. — 80 с.

¹¹ Показник рівня стигми ЛЖВ — Індекс стигми: Аналітичний звіт за результатами дослідження/Всеукраїнська мережа ЛЖВ. — К.: Інжиніринг, 2011. — 89 с.

5 Рада ЛГБТ-організацій України

— Це всеукраїнська спілка, до складу якої входить 21 ЛГБТ-організація нашої країни. Зміст діяльності Ради полягає, зокрема, у всебічній адвокації прав, інтересів і потреб лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерних осіб (ЛГБТ).

31 березня 2010 р. Комітет Міністрів Ради Європи, представлений національними урядами 47 країн-членів, одногосно прийняв історичну Рекомендацію «Про заходи з боротьби проти дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності»¹² (далі — Рекомендації). Це перший у світі міжурядовий документ такого рівня про забезпечення громадянської рівноправності для геїв, лесбійок і трансгендерних осіб. Україна підтримала зазначену Рекомендацію беззастережно та в повному обсязі. Перша оцінка дій національних урядів щодо втілення в життя цієї Рекомендації буде зроблена Комітетом Міністрів РЄ у 2013 р.

«Наразі нам невідомо про існування в українському законодавстві, відомчих інструкціях, розпорядчих актах, галузевих програмах і планах роботи, проектах нормативних актів тощо будь-яких згадок щодо заходів із захисту від дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності або щодо протидії гомофобії. Навпаки, ми спостерігаємо факти відмови деяких міністерств, відомств і посадових осіб (зокрема, Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я) включати питання забезпечення громадянської рівності для ЛГБТ до відповідних офіційних документів, проектів нормативно-правових актів, що явно су-

перечить зобов'язанням, узятим на себе Україною перед Радою Європи» — з листа Ради ЛГБТ-організацій України Міністру охорони здоров'я О. В. Аніщенку 26 січня 2012 року

Рада ЛГБТ-організацій України веде моніторинг впровадження в життя цієї Рекомендації та за посередництва Європейського відділення Міжнародної асоціації лесбійок і геїв (ILGA-Europe) підтримує постійний зв'язок зі структурами Ради Європи та Європейського Союзу, які контролюватимуть виконання Україною своїх зобов'язань перед РЄ та ЄС.

У 2012 році був представлений Підсумковий звіт з виконання Україною Рекомендації CM/Rec(2010)5 Комітету Міністрів Ради Європи (далі — КМРЄ) державам-членам «Про заходи з боротьби проти дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності»¹³.

У резюме цього документу, зокрема, йдеться:

«Українська влада практично проігнорувала Рекомендацію Комітету Міністрів Ради Європи. З моменту її ухвалення і до моменту складення цього звіту (вересень 2012 р.) не було прийнято жодного закону і надто незначна кількість документів нижчого рівня, спрямованих на виконання Рекомендації. Інформація щодо дискримінації на ґрунті сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності урядовими органами не збиралася, а відповідна інформація, зібрана неурядовими організаціями, не розглядалася і не аналізувалася.

Інтереси та потреби ЛГБТ осіб, як і відповідні пропозиції ЛГБТ організацій, жодним чином не бралися до уваги при розробці законодавчих та інших заходів. Не був виконаний навіть

¹² Шифр документа — CM/Rec(2010)5.

¹³ Підсумковий звіт з виконання Україною Рекомендації CM/Rec(2010)5 Комітету Міністрів Ради Європи державам-членам «Про заходи з боротьби проти дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності» / Центр «Наш світ». — К.: Центр «Наш світ», 2012. — 74 с.

найпростіший пункт Рекомендації — про переклад її на державну мову і якнайширше поширення.

За останні роки спостерігається помітний зріст гомофобної агресії та висловлювань, однак центральна влада жодним чином не реагує на такі події (за примітним винятком українського Омбудсмена, яка у вересні 2012 р. втрутилася в процес розгляду законопроектів про заборону «пропаганди гомосексуалізму»). На рівні депутатів парламенту та місцевих органів влади, навпаки, спостерігається підвищення рівня гомофобної риторики, яка ніколи не засуджується представниками урядових органів або президентської адміністрації.

Ніякого збору та аналізу інформації щодо дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності українською владою не проводилося. Відповідна інформація, зібрана українськими ЛГБТ організаціями, ніколи не була зажадана та використана українськими органами влади».

Свідотство про порушення права: лютий 2011 року — «Мой участковый врач настаивал на том, чтобы пройти курс лечения против гомосексуализма, приписал мне какие-то уколы и лекарства, которые я не стал принимать» (чоловік, 26 років, Донецька обл.)

6 Розширення переліку груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ¹⁴

Рада ЛГБТ-організацій України пропонує розширити перелік груп підвищеного ризику, а саме: включити до переліку не тільки ЧСЧ, які традиційно — вже понад десять років — визнаються в Україні однією з провідних груп ризику щодо інфікування ВІЛ, але й **трансгендерів**, включаючи транссексуалів та інтер-

¹⁴ Лист Ради ЛГБТ-організацій України до Міністра охорони здоров'я від 13 вересня 2012 року.

сексуалів (гермафродитів), жінок, які мають сексуальні стосунки з жінками (ЖСЖ), та осіб жіночого ґендеру з гомосексуальною орієнтацією (**лесбійок**), жінок — статевих партнерок чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, чоловіків — статевих партнерів жінок, які мають сексуальні стосунки з жінками.

Рада ЛГБТ-організацій України у своєму листі до Міністра охорони здоров'я України:

Пропонує звернути увагу, що репертуар сексуальних практик і соціально-поведінкові особливості ЖСЖ (**жінок, які практикують секс і з жінками**), а також **жінок із гомосексуальною орієнтацією**, дозволяє обґрунтовано припускати, що ризик інфікування ВІЛ/ІПСШ в середовищі ЖСЖ/лесбійок є істотно вищим, ніж серед жінок у цілому.

Акцентує на тому, що провідні міжнародні агенції з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу останнім часом розглядають **трансгендерів** як окрему соціальну групу, на яку мають бути спрямовані специфічні заходи профілактики.

Нагадує, що документ «Стратегія Глобального фонду в царині сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності (СОГІ)» «**закликає всіх партнерів — особливо уряд [...] звернути більш пильну увагу [...] на уразливість перед ВІЛ-інфекцією громадян, які піддаються маргіналізації на ґрунті сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності та відповідного сексуального поведіння. У центрі уваги знаходяться такі категорії громадян: [...] чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками (ЧСЧ); трансгендерні особи, включаючи трансгендерів, транссексуалів і гермафродитів; інші сексуальні меншини, включаючи жінок, що мають статеві контакти з жінками, особливо в країнах з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції**».

У документі Об'єднаної програми ООН зі СНІДу «Рамкова програма дій ЮНЕЙДС: Загальний доступ до чоловіків, які мають статеві контакти з чоловіками, і трансгендерних осіб» йдеться про те, що «**структурні чинники**

[...] можуть зробити ризик зараження ВІЛ для лесбійок і жінок, які мають статеві контакти з жінками, більш імовірним, ніж прийнято вважати».

Схожі рекомендації про доцільність включення гомосексуалів як таких, ЖСЖ і трансгендерів до числа уразливих груп містяться й в інших значимих документах і дослідженнях міжнародного, регіонального та національного рівнів.

7 Першочергові пропозиції до українського уряду з виконання Рекомендації Кабінету Міністрів Ради Європи, ухвалені Радою ЛГБТ-організацій України¹⁵

1. Включити сексуальну орієнтацію та гендерну ідентичність в перелік підстав, за якими явним чином заборонена дискримінація в законі про боротьбу з дискримінацією в Україні.

2. Включити сексуальну орієнтацію та гендерну ідентичність в перелік підстав, за якими явним чином заборонена дискримінація у Трудовому кодексі України.

3. Внести зміни до ст. 74 Сімейного кодексу України («Право на майно жінки та чоловіка, які проживають однією сім'єю, але не перебувають у шлюбі між собою або в будь-якому іншому шлюбі») з метою поширення її дії на одностатеві пари.

4. 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 у 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, і з обсягом діагностично-лікувальних заходів щодо зміни (корекції) статевої належності, що рекомендовані Комісією.

5. Також внести зміни до Порядку обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності, затвердженого вище згаданим 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 свідоцтва про зміну (корекцію) статевої належності тільки після проведення хірургічної корекції, передбачити можливість видачі свідоцтва без проведення хірургічної корекції.

6. 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 МК X-10).

¹⁵ Засновано на підсумковому звіті з виконання Україною Рекомендації CM/Rec(2010)5 Комітету Міністрів Ради Європи державам-членам «Про заходи з боротьби проти дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності».

7. Включити теми сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності до шкільної програми та програм педагогічних ВУЗів і курсів підвищення кваліфікації педагогічного персоналу.

8. Видати наказ Міністерства охорони здоров'я про перегляд наявних і пропонованих медичних посібників, 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».

9. Включити теми сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності до програм юридичних і правоохоронних ВУЗів і курсів підвищення кваліфікації особового складу правоохоронних органів.

10. Ухвалити державний план середньо- та довгострокових дій з реалізації інших аспектів Рекомендації КМРЕ.

Розділ 8

ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я В ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ СИСТЕМІ¹

Що робити, коли людина знаходиться в ув'язненні, якщо її стан здоров'я з кожним днем погіршується, а в відповідному закладі, підпорядкованому Державній Пенітенціарній службі (ДПтС) не має можливості надати необхідної медичної допомоги? Якщо людина засуджена і судове рішення щодо її винуватості набрало законної сили, в цьому разі застосовується процедура звільнення особи за станом здоров'я відповідно до статті 84 Кримінального Кодексу України. В цьому разі, враховуючи всі обставини, суд приймає рішення про звільнення і людина може бути доставлена до цивільної лікарні, де й отримає адекватну медичну допомогу і продовжить своє лікування.

Але що робити з тими людьми, які ще не є засуджені, як бути з хворими, які є обвинувачені (підсудні)? Бо в разі захворювання на небезпечну для життя хворобу звільнити їх за станом здоров'я суд не може.

Щодо зміни міри запобіжного заходу тримання під вартою на інші альтернативні, не пов'язані з позбавленням волі, навіть в таких випадках, коли людина потерпає від ненадання медичної допомоги і її життя і здоров'я в реальній небезпеці, суди чомусь не квапляться захищати права людини і ухвалюють все нові

і нові рішення про тримання під вартою. Якщо навіть відповідно до положень ст.ст. 148, 155 чинного (на час складання цієї статті) Кримінально-процесуального Кодексу запобіжний захід у вигляді взяття під варту є виключною мірою, якщо інші запобіжні заходи є неефективні. Також хотілося б згадати про пілотне рішення Європейського Суду (Суду) *Харченко проти України*, в якому Суд ще 10.02.2012 року зазначив, що зловживання правом на арешт в Україні є системним порушенням і Україна на протязі півроку має вжити певних заходів аби виправити ці недоліки.

Якщо на національному рівні неможливо домогтися переведення людини із закладу, підпорядкованого ДПтС, на лікування до цивільної лікарні, а особа потребує негайної медичної допомоги, адвокати звертаються до Суду в порядку 39-го правила Регламенту Суду щодо вжиття негайних заходів на захист життя і здоров'я людини

Але навіть після рекомендацій Суду в порядку 39-го правила Регламенту Суду, що є обов'язковим для виконання Україною як Високою Договірною Стороною Конвенції захисту прав людини і основоположних свобод, ми спостерігаємо, що навіть за таких умов термінові заходи не надаються.

Так сталося в справі професора *Анатолія Темченка*, колишнього ректора Криворізького університету:

¹ Розділ підготовлено Олегом Мірошніченко, Володимиром Бочаровим-Тузом.

Так сталося в справі *Тамаза Кардави*, в якій зволікання з наданням термінових заходів лікування призвело до трагічної смерті людини.

24 квітня Суд ухвалив чергову рекомендацію в порядку 39-го правила Регламенту Суду щодо вжиття термінових заходів щодо надання медичної допомоги відносно Велічка Владислава Вікторовича. Як зазначила Олена Сапожнікова, адвокат Української Гельсінської Спілки з прав людини в своїй заяві до Суду:

«З 22 жовтня 2010 року і по сьогоднішній день Заявник знаходиться під вартою в Ізмаїльському слідчому ізоляторі (надалі — СІЗО), адреса: проспект Суворова, 70, м. Ізмаїл, Одеська обл., 68601. Тобто вже два з половиною роки він перебуває в слідчому ізоляторі без медичної допомоги. Стан його здоров'я погіршується і викликає занепокоєння. Так як ті захворювання, які має Заявник, без належного лікування можуть призвести до летального результату. Заявник є інвалідом 3 групи, немає сім'ї та рідних.

Заявник має такий діагноз: ВІЛ-інфекція клінічна стадія IV (СНІД), кандидоз ротової порожнини та гортані, тяжка імуносупресія, генералізована лімфаденопатія, варикозне розширення вен обох гомілок. І як зазначається у листі з Ізмаїльського СІЗО, вже станом на 18 травня 2011 року: «стан здоров'я поступово погіршується, потребує термінового призначення АРВ-терапії в умовах обласного СНІД-центру м. Одеса».

«Прошу Суд вжити термінових заходів відносно Велічка Владислава Вікторовича, а саме, запропонувати Уряду України забезпечити належне обстеження та лікування Заявника, помістивши його до спеціалізованого медичного закладу, де йому можуть надати належну медичну допомогу.»

Адвокат Олена Сапожнікова: «24 квітня 2012 року Європейським судом з прав людини було за Правилем 39 рекомендовано Уряду України терміново надати медичну допомогу Велічку В. В., який хворіє на СНІД 4 клінічної стадії, в спеціалізованому медичному закладі, наприклад, в Одеському обласному СНІД цент-

рі. 6 травня 2012 року Ізмаїльським міськрайонним судом Одеської області Велічку В. В. було змінено запобіжний захід з тримання під вартою на підписку про невиїзд. Його було звільнено з під варти в залі суду. Родичів та сім'ї в нього немає, тому невідомо, яким чином він зможе самостійно звернутися до Одеського обласного СНІД-центру, адже від міста Ізмаїл до міста Одеси п'ять годин їзди і як мінімум Велічку В. В. потрібно мати кошти, щоб подолати цю відстань. І виникає питання: як зустрінуть його в цьому центрі? Чи буде йому там надано медичну допомогу?»²

Як видно з наведеної нижче таблиці, з 2008 року спостерігалось постійне зростання кількості ВІЛ-інфікованих осіб у закладах пенітенціарної системи України, пік чого прийшовся на початок 2012 року.

Протягом 2012 року не відбулося докорінної зміни ситуації із забезпеченням АРВ-терапією ВІЛ-позитивних засуджених та ув'язнених³.

Так, на початок 2012 року, АРВ-лікуванням було забезпечено — 986 осіб. За інформацією пенітенціарної служби призначення АРВ-терапії очікували 1100 чоловік.

До кінця року кількість засуджених, яким мають призначити АРВ-лікування та які не отримують препарати, почала збільшуватися. Цьому сприяє ряд факторів.

По-перше — збільшилася кількість засуджених, які отримують призначення на АРВ-терапію, проходячи обстеження в багатопротипільних лікарнях ДПтС.

По-друге — запас АРВ-препаратів в колоніях, як правило, набагато нижче необхідності. Відбувається це внаслідок того, що ДПтС, в основному, не надає медико-санітарним частинам колоній тієї кількості препаратів,

² За матеріалами публікацій: Андрій Діденко «Як врятувати життя людини?» та «Рекомендації Європейського суду виконано, а чи врятоване життя людини?!», <http://hr-lawyers.org/index.php?id=1337276129>

³ Матеріал підготував Володимир Бочаров-Туз, ВБО «Мережа організацій, що працюють у пенітенціарній сфері».

які вони замовляють. Наприклад, якщо медико-санітарна частина (МСЧ) запитує 20 схем, ДПтС надає 9–10. Тому засуджені, які прибули з призначенням АРВ-терапії, стикаються з відмовою в наданні препаратів з боку керівництва МСЧ установ.

Ще приклад. На початок року в одній тільки Чернігівській ВК № 44 АРВ-терапію гостро потребувало 20 осіб. Колонія не мала препарати для лікування цих засуджених. Препаратами були забезпечені тільки ті, хто вже проходив курс лікування. Запас препаратів становив приблизно на 3 місяці. Подібна ситуація мала місце і в інших колоніях. Наприклад, станом на кінець року, в Кіровоградській ВК № 6 АРВ-препаратів потребують більше 10 ВІЛ-позитивних засуджених.

До ВБО «Мережа організацій, що працюють у пенітенціарній сфері» звернулася про допомогу громадська організація «Сонячне коло» з Одеси з приводу хворого засудженого, що перебував в Херсонській спеціалізованій лікарні на території колонії № 7: «С. Е., 1970 року народження, Херсонська область, Голопри-

станська ІК No. 7, СД-44 кл/мл крові, вірусне навантаження 3 000 000, ТБ лімфовузлів, приймає ТБ терапію з вересня 2012 року. АРВ-препаратів в МСЧ немає, засуджений потребує АРВ терапію — а лікувати не має чим». За останніми даними ситуація вкрай складна, ГО «Сонячне коло» знаходиться на відстані від Херсонського СНІД — центру, поки що представники громадської організації домовились про АРВ-терапію для хворого С. Е. на один місяць. За даними останнього обстеження у хворого С. Е. аналіз CD-4 встановлює 40 кл/мл крові.

Згідно клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, «усім ВІЛ-інфікованим пацієнтам проводиться скринінг на вірус гепатиту С (далі — ВГС) шляхом визначення антитіл до ВГС (В-III). Позитивний результат дослідження повинен бути підтверджений наявністю рибонуклеїнової кислоти ВГС у крові методом ПЦР (А-II)». Однак ця вимога «системно» не виконується. Наприкінці 2012 року ситуація дещо покращилася через отримання ДПтС гуманітарної допомоги.

Захворюваність і смертність в установах Департаменту⁴

Показники	01.01.2004	01.01.2008	01.01.2009	01.01.2010	01.01.2011	01.07.2011	01.01.2012	01.07.2012
Кількість осіб в місцях позбавлення волі	191677	149690	145946	147716	154027	157866	154029	152076
Померло	824	729	765	761	808	601	1169	440
– на 1 тис. ув'язнених	4,30	4,87	5,24	5,15	5,25	7,61	7,59	5,79
Випадків суїциду	41	54	40	44	44	28	59	32
– на 1 тис. ув'язнених	0,21	0,36	0,27	0,30	0,29	0,355	0,383	0,42
Хворих на туберкульоз в активній формі	9080	6195	6079	5667	5486	5393	4822	5007
– на 1 тис. ув'язнених	47,37	41,4	41,65	38,36	35,62	34,2	31,3	32,9
ВІЛ-інфікованих	1917	5017	5073	6069	6020	6438	6910	6347/ –8,15%
– на 1 тис. ув'язнених	10,0	33,5/ +15%	34,8/ +3,6%	41,1/ +18%	39,1	40,8	44,9	41,7

⁴ Тюремний портал <http://ukrprison.org.ua/statistics/1344593701>

У 2012 році мали місце повідомлення про переривання прийому АРВ-препаратів засудженими — порушення безперервності АРВ-терапії. Однією з причин була сформована раніше практика проведення АРВ-лікування в закладах пенітенціарної системи України. Так, ВІЛ-позитивні засуджені забезпечувалися препаратами не лише по лінії ДПтС, але також із Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. При цьому, якщо засуджений, який отримував АРВ-препарати в СНІД-центрі, переміщався з однієї установи виконання покарань в іншу, у нього виникали труднощі з доступом до терапії. Найчастіше така ситуація виникала при попаданні засудженого у віддалені від СНІД-Центрів установи, що призводило до труднощів у своєчасній передачі препаратів.

Така практика вступає в протиріччя з прийнятим 5 вересня 2012 року Порядком, що регламентує проведення антиретровірусної терапії. Порядок чітко розмежує суб'єктів, що відповідальні за проведення АРВ-лікування в пенітенціарних установах.

Центри профілактики та боротьби зі СНІД повинні забезпечувати препаратами всіх осіб, що потребують лікування, до набрання законної сили вироку суду. Після вступу в силу вироку обов'язок забезпечувати засуджених АРВ-лікуванням покладено на установи охорони здоров'я кримінально-виконавчої служби

Крім того, у 2012 році були проблеми з наданням певних схем АРВ-терапії для ВІЛ-позитивних засуджених. У червні 2012 року засудженому Дмитру у міжобласній лікарні ДПтС була призначена схема АРТ, що включала препарат «Трувада». Препарат був виданий із запасом на три місяці. Але в колонії, в якій Дмитро відбував строк покарання, такого препарату не було в наявності. З метою недопущення пропуску прийому препаратів засудженому Дмитру була змінена схема АРВ-лікування. В результаті нову схему АРВ-терапії йому почав видавати вже регіональний Центр протидії та боротьби зі СНІДом.

Засуджений Михайло М., з метою призначення та початку АРВ-лікування був переведений з МВК № 97 у міжобласну лікарню при ДВК № 124, де йому призначили АРВ-терапію. Видавши препарати, його відразу ж відправили назад в МВК № 97, який не виконав вимоги клінічного протоколу про призначення ВААРТ: «Основним показником для прийняття рішення про початок проведення АРТ є кількість CD4-лімфоцитів. Рішення стосовно призначення АРТ має ґрунтуватися на результатах двох окремих досліджень кількості CD4-лімфоцитів, проведених з інтервалом у 14–28 днів, для виключення лабораторної помилки та інших причин відхилення показника (наприклад, інтеркурентних захворювань). Перебуваючи у Донецькому слідчому ізоляторі, за словами засудженого, через інтенсивні побічні ефекти АРВ-лікування він оголосив голодування. У своєму зверненні він вимагав, щоб йому надали можливість лікуватись в стаціонарі міжобласної лікарні, поки не пройдуть побічні ефекти лікування.

У 2012 році гострою залишилася проблема забезпеченості колоній лікарями-інфекціоністами. Внаслідок нестачі таких фахівців, часто ВІЛ-позитивні засуджені були обмежені в доступі до послуг лікаря-інфекціоніста.

Винятками є міжобласні лікарні ГПтСУ та установи, в яких ведуть прийом лікарі-інфекціоністи обласних (міських) Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. Однак частіше колонії, що знаходяться на значній відстані від Центрів профілактики і боротьби зі СНІДом, не мають можливості впроваджувати практику проведення прийому ВІЛ-інфікованих засуджених лікарем-інфекціоністом. Крім того, сама адміністрація колонії не має можливості вносити нові посади медичних фахівців в штатний перелік медико-санітарних частин.

Як засуджені, так і в'язні, що перебувають в пенітенціарних установах, дуже часто не можуть пройти якісної медичної діагностики. ДПтС вживає заходів для поновлення медичного обладнання, однак цих заходів та інтенсивності процесу оновлення явно недостатньо.

У 2012 році мали місце скарги на погану діагностику туберкульозу. На початку 2012 року засуджений Іван К. пройшов обстеження в багатопрофільній лікарні ДПтС, що діяла при Дніпропетровському слідчому ізоляторі, і отримав призначення про необхідність проведення АРВ-лікування. Отримавши призначення, засуджений повернувся до колонії. Менш ніж через місяць він помер, так як при обстеженні в багатопрофільній лікарні ДПтС у нього не виявили позалегенового туберкульозу. Даний діагноз був поставлений в протитуберкульозній лікарні, підпорядкованої МОЗ, в яку засуджений був переведений у зв'язку з різким погіршенням здоров'я.

Крім того, протягом 2012 року мали місце скарги засуджених на ненадання медичних препаратів. Обмежена кількість медпрепаратів, що мається у МСЧ колоній, створює підґрунтя для корупції. Наприклад, засуджений Микола Л. у 2012 році звернувся в МСЧ з проханням про видалення зуба. Стоматолог застосував знеболююче «лідокаїн», який дуже слабо знеболює процес видалення зуба. Разом з тим, у стоматолога був і препарат «Ультраккаїн», який знеболює набагато краще. Однак за такий препарат стоматолог вимагав «благодійний внесок» у вигляді пачки сигарет. Також були скарги від засуджених про відсутність інших медпрепаратів: гепатопротекторів, флуконазолу (ліків від опортуністичних захворювань).

Мала місце парадоксальна ситуація — до ВБО «Мережа організацій, що працюють у пенітенціарній сфері» звернулися з питанням проведення профілактики вертикальної трансмісії у ВІЛ-позитивної вагітної, яка перебувала в СІЗО. Згідно клінічного протоколу, вона по-

винна була почати приймати препарати. Але незабаром її засудили і направили в Мелітопольську жіночу колонію для неповнолітніх. Проблема полягала в тому, що в цій установі не були передбачені умови для перебування засудженої матері з дитиною. Вдалося тимчасово вирішити ситуацію таким чином, що засуджена поки перебуває в СІЗО.



Рекомендації

1. Законодавчо визначити підстави обирання судом запобіжного заходу у кримінальному процесі з урахуванням стану здоров'я суб'єкта кримінального переслідування.
2. Впровадити дієвий механізм зміни запобіжного заходу на підставі стану здоров'я суб'єкта кримінального переслідування.
3. ДПтС відпрацювати механізм прогнозування необхідного запасу ліків, зокрема препаратів АРВ-терапії, у МСЧ установ пенітенціарної системи з урахуванням ймовірної кількості хворих, у тому числі ВІЛ-інфікованих.
4. ДПтС забезпечити дотримання безперервності отримання АРВ-терапії у зв'язку з переведенням осуджених осіб з однієї виправної установи до іншої.
5. ДПтС розробити порядок надання лікарями-інфекціоністами фахової допомоги ВІЛ-інфікованим засудженим особам (штатний розклад, планові виїзні консультації).
6. ДПтС розробити особливий порядок тримання затриманих або осуджених ВІЛ-інфікованих матерів з дитиною.

Розділ 9

РОМИ — ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ¹

За даними Всеукраїнського перепису в Україні проживає 47,6 тис. осіб ромської національності. 14 тис. осіб проживає у Закарпатській області (в Ужгородському, Берегівському, Виноградівському районах та містах Ужгород й Мукачеве), Донецькій — 4,1 тис. осіб, Одеській — 4,0 тис. осіб, Дніпропетровській — 4,0 тис. осіб, Луганській — 2,2, Харківській областях — 2,3 тис. осіб. У решті областей та у м. Києві і Севастополі їхня кількість складає від 100 до 1 тис. осіб. Згідно з інформацією недержавних ромських організацій, в Україні проживає від 200 тис. до 400 тис. осіб ромського населення.

1 Загальна інформація від соціально-медичних посередників за 2011–2012 роки

У 2010–2012 роках в Україні Міжнародною благодійною організацією «Ромський жіночий фонд «Чіріклі», за підтримки міжнародного фонду «Відродження», впроваджувався проєкт «Покращення ситуації здоров'я ромів в Україні через впровадження програми ромських медичних посередників». Зокрема, за проєктом передбачалась робота медіаторів — **ромських медичних посередників** — в ромських громадах в 12 регіонах України.

¹ Інформацію за розділом надано Юлією Кондур, Міжнародна благодійна організація «Ромський жіночий фонд «Чіріклі», рекомендації до розділу надані Наталією Козаренко.

Проблеми ромських громад:

- проблеми в доступі до охорони здоров'я;
- проблеми в доступі до освіти;
- традиційна взаємна недовіра між ромами та не ромськими лікарями.
- відсутність документів, що посвідчують особу;
- дискримінація;
- мова — ще один важливий бар'єр для деяких ромів

Більшість людей у ромській громаді має низький соціальний рівень, тому вони не в змозі купити собі ліки чи оплатити курс лікування. Відсутність коштів є також перешкодою для виготовлення відповідних документів, для сплати штрафу. В цьому випадку медичні посередники не можуть допомогти, тому що кошти для цього за проєктом не передбачені.

Однією з головних проблем є проблема житла. Майже 80% ромського населення мають будинки, що не придатні до житла, не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, що призводить до поширення хвороб.

«Більшість ромських осіб живе в халупах, без води, без каналізації, без підлоги». Особливо важке становище в зимовий період.

Велика частина ромів потерпає від масового безробіття, у зв'язку з відсутністю належної освіти важко отримати будь-яку роботу, а особливо високо оплачувану.

2 Інформація щодо проекту «Покращення ситуації здоров'я ромів в Україні через впровадження програми ромських посередників у сфері охорони здоров'я» який був реалізований за підтримки Ради Європи в 2010–2012 роках

В проекті «Ромських соціально-медичних посередників» в 5-ти регіонах України: Одесі, Львові, Закарпатській області, Донецьку (Макіївка), Київській області були задіяні 13 громад. Було відібрано та навчено 14 представників ромських громад або осіб іншої національності, які користуються довірою серед ромів. Їх робота оцінювалася згідно з процедурою, яку було розроблено Радою Європи в рамках програми «РОМЕД», а також шляхом спілкування з ромами, з якими вони працюють, та з представниками місцевих органів влади.

Для подальшої ефективної реалізації проекту було відібрано та налагоджено співпрацю з групою експертів, які є представниками органів влади України (представників Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства юстиції, Міністерства внутрішніх справ України, Інституту Законодавства ВР України, Міграційної служби, а також представників обласних органів влади), до компетенції яких відносяться питання надання медичних та соціальних послуг дорослим і дітям, послуг з реєстрації, а також підготовка проектів необхідних нормативних актів. Кожен із членів робочої групи надавав експертну та технічну підтримку проекту, яка включала:

1. Аналіз національного законодавства — законів та підзаконних актів в галузі охорони здоров'я, праці та соціальної політики, державної реєстрації осіб, роботи органів та служб у справах сім'ї, захисту прав дітей, діяльності органів місцевого самоврядування тощо.

2. Аналіз можливостей та пошук шляхів адаптації румунського досвіду з реалізації Програми здоров'я ромів.

3. Аналіз звітів посередників та узагальнення їх проблематики з метою визначення подальших напрямів роботи та рекомендацій щодо розв'язання проблем.

4. Розробка пропозицій щодо унормування статусу ромських посередників (розробка проекту положення про посередника) та включення їх діяльності у перелік професій.

5. Надання оперативної консультаційної допомоги посередникам з питань, які виникають під час їхньої щоденної роботи — щодо медичних послуг, з соціальних питань, питань реєстрації, паспортизації, інше.

Члени робочої групи працювали на спільних виїзних засіданнях, а також тренінгах для посередників, що проводилися для поглиблення розуміння завдань програми та ролі посередників у їх виконанні.

Для більш ефективної роботи були підписані наступні документи:

1. 01.06.2011 р. у Закарпатті підписано договір про співпрацю з Обласним центром зайнятості.

2. У 2011 р. розроблено плани спільних дій з Закарпатською та Одеською обласними адміністраціями. В Брегівській районній раді «План спільних дій з покращення ситуації ромів» було прийнято депутатами районної ради.

3. 14 лютого 2012 р. було підписано Меморандум Про співпрацю з ДЗ «Всеукраїнський Центр контролю за ТБ» Міністерства охорони здоров'я України та Міжнародною Організацією «Ромський жіночий фонд «Чіріклі».

4. У містах Берегове, Одесі, Донецьку, Києві ромських посередників було включено до громадської ради при Миських Радах. В Одесі було налагоджено співпрацю з Координаційною Радою з проблем ВІЛ-інфекції, СНІДу та ТБ, і включено до неї соціально-ме-

дичного посередника. В цілому, посередники налагодили співпрацю з паспортними столами, управліннями охорони здоров'я, соціальними службами, міськими та обласними адміністраціями.

За допомогою ЮНІСЕФ були розроблені інформаційні матеріали для ромських громад з наступних тем:

- здоров'я матері та дитини,
- розвитку дітей віком від народження до 5 років,
- репродуктивного здоров'я,
- раку молочної залози.

З 2012 року було включено до проекту ще 7 областей та навчено 50 ромських медичних посередників, які розпочали працювати в 12 областях України: Одеській, Львівській, Закарпатській, Донецькій, Київській, Запорізькій, Херсонській, Харківській, Дніпропетровській, Луганській, Кіровоградській областях та АР Крим. Протягом 2-х років було проведено 12 круглих столів, в 12 регіонах для налагодження співпраці соціально медичних посередників та представників державних структур.

За період 2011–2012 рр. медіатори відвідали 49 225 осіб в 12-ти пілотних регіонах.

Були визначені основні проблеми ромського населення в галузі охорони здоров'я та надано допомогу:

1. Направлено **5901** ромських осіб на прийом до лікарів.

2. Організовано і проведено флюорографічне обстеження **2223** осіб, серед яких виявлено **133** хворих на туберкульоз та направлено на лікування.

3. Вакциновано **2120** ромських дітей та проведено 875 фокус групи на теми: «Вакцинація обов'язкова», «Як запобігти захворювання на туберкульоз», «Важливість проходження поглибленого медичного огляду», «Особиста та побутова гігієна».

Соціально-медичні посередники виявили **524** інвалідів, з яких 82 офіційно зареєстровані та отримують допомогу

За даними, які надали в своїх звітах соціально-медичні посередники, в основному, ромське населення хворіє на такі хвороби:

- інфекційні,
- онкологічні,
- ендокринологічні,
- серцево-судинні захворювання,
- вірусні,
- шлункові захворювання.

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

3 Рекомендації

1. Забезпечити надання ефективної правової допомоги у випадках дискримінаційних дій проти ромів у сферах освіти, працевлаштування, забезпечення житлом, охорони здоров'я, соціальних послуг і доступу до громадянських прав.

2. Забезпечити усіх жителів України, в тому числі і ромів, всіма особистими та іншими документами, необхідними для реалізації фундаментальних громадянських, політичних, соціально-економічних прав. Розробити про-

грами щодо забезпечення реєстрацією усіх ромів, які фактично проживають на певній території, та пересвідчитися в тому, що місцева влада не відмовляє ромам у реєстрації.

3. Сприяти виправленню існуючих статистичних даних про забезпечення ромів України соціальними послугами, в тому числі охорони здоров'я та соціального забезпечення.

4. Легалізувати інститут ромських медичних посередників (медіаторів) на державному рівні шляхом підготовки та затвердження Національної програми ромських медичних посередників.

5. Налагодити співпрацю між лідерами ромських громад і представниками органів охорони здоров'я у кожній області та місцях компактного проживання ромів.

6. Розробляти і впроваджувати всебічні тренінгові програми для посадових осіб органів охорони здоров'я, медичних закладів усіх рівнів з метою забезпечення розуміння державними службовцями міжнародних і національних нормативів, які забороняють дискримінацію, та використання їх у роботі, в т. ч. для забезпечення виконання ними обов'язків щодо захисту громадян України від проявів дискримінації.

Розділ 10

ВАКЦИНАЦІЯ: ПРАВО ЧИ ОБОВ'ЯЗОК?¹

З метою забезпечення епідемічного благополуччя населення України та попередження інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, відповідно до статті 27 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», статей 1, 12 та 13 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» та Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки» 16 вересня 2011 року наказом МОЗ № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» були затверджені нові документи:

- Календар профілактичних щеплень в Україні.
- Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень та туберкуліно діагностики.
- Інструкція щодо організації епідеміологічного нагляду за несприятливими подіями після імунізації при застосуванні вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного.
- Положення про оперативне реагування на несприятливі події після імунізації при застосуванні вакцин, анатоксинів

та алергену туберкульозного у разі госпіталізації або летального випадку.

- Положення про групу оперативного реагування на несприятливі події після імунізації при застосуванні вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного у разі госпіталізації або летального випадку.
- Порядок відпуску громадянам вакцин та анатоксинів через аптечну мережу.
- Порядок забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного в Україні.

1 Випадок Анастасії

На превеликий жаль, досі трапляються такі історії, які ставлять під великий сумнів, перш за все, безпечність для малюків профілактичних щеплень, по-друге, потребу у проведенні вакцинації взагалі.²

«Анастасія місяць назад похоронила свого младшого сына. Маленький Симон умер на руках у матери через четыре дня после прививки. По официальной версии одесских медиков, причина смерти — «новообразование неустановленного характера других

¹ У розділі враховані рекомендації, надані лікарями-педіатрами Євгеном Комаровським та Андрієм Пеньковим.

² За матеріалами «Равнодушие по графику: что убило одесского ребенка?» Сергей Дибров, 21.03.2012, <http://www.privivok.net.ua/>

уточненных локализаций (сердца)». Медики считают вопрос закрытым: по их мнению, очередная смерть малыша снова никак не связана с вакцинацией. Но мать считает своим долгом выяснить, что же на самом деле убило её младшего сына, своим материнским долгом перед старшим сыном, четырехлетним Ильёй.

— *Та прививка была второй в курсе АКДС,* — рассказывает Анастасия. — Год назад ребенок перенес бронхит с астматическим компонентом. Два месяца мальчика практически ежедневно осматривали врачи. Разумеется, были сделаны различные анализы, прослушивали легкие, сердце. Никаких других отклонений не выявили. Мы с мужем доставали дефицитные лекарства и полностью поставили ребенка на ноги. Болезнь отступила и спустя год врачи напомнили, что пришло время продолжить прерванный курс вакцинации.

Родители, как могли, снова позаботились о своем малыше. Вторую прививку ему сделали самой дорогой из продающихся в Украине вакцин — бельгийской «Инфанрикс-Гекса». Она считается самой безопасной, содержит шесть компонентов и позволяет за одно посещение прививочного кабинета сделать все положенные по возрасту прививки, что, по распространенному мнению, уменьшает нагрузку на организм и психику ребенка.

Несчастье случилось на четвертый день: внезапно остановилось дыхание. Скорая прибыла моментально, но увы: ни искусственное дыхание, ни массаж сердца, ни несколько инъекций адреналина не спасли мальчика. Полторагодовалый Симон умер на руках у матери

Позже, когда боль тяжелой утраты несколько отступила, Анастасия выяснила, что произошедшее с её ребенком полностью подпадает под симптомы сывороточной болезни, которая может возникнуть, среди прочего, «в результате профилактических вакцинаций (прививок) в детском возрасте». Она ждала

результатов гистологических исследований. Надеялась, что заключение судмедэкспертизы даст ответы на все её вопросы. Был ли ребенок обречен? Была ли опухоль злокачественной? Почему она не была диагностирована — учитывая, что ребенок находился под постоянным врачебным надзором? Не стала ли настоящей причиной смерти склонность к аллергии, которая имеет, по всей видимости, наследственный характер? И самое главное: что она теперь должна делать, чтобы уберечь своего старшего сына Илью?

Увы, ответов на свои вопросы Анастасия так и не получила. Три недели лабораторных исследований ничего не добавили к первоначально озвученному посмертному диагнозу «новообразование неустановленного характера».

После того, как Анастасия официально обратилась с просьбой предоставить ей результаты экспертизы, начался форменный «футбол». **Эксперты ссылаются на «тайну следствия» и отправляют её в прокуратуру.** Прокуроры заявляют, что никакого следствия нет, и предлагают обратиться к экспертам. После нескольких таких кругов Анастасия вполне обоснованно подозревает: либо никаких исследований не проводилось, либо экспертам есть что скрывать. Например, истинную причину смерти ребенка.

Анастасия твердо намерена добиться правды. Если причиной смерти младшего ребенка действительно стала сывороточная болезнь и если имеет место предрасположенность, то вакцинировать старшего нужно с особой осторожностью. А именно: проводить специальные скарификационные пробы и предпрививочную реабилитацию ребенка, вводить вакцину по отдельной методике. Естественно, никто это делать не собирается, но уже звучат требования и даже угрозы: «без прививок ваш ребенок не будет допущен в детский сад».

Щодо законодавства: Положення про організацію і проведення профілактичних щеп-

лень та туберкуліно-діагностики згідно наказу МОЗ № 595 від 16.09.2011 року «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» містить положення, зокрема, про те, що медичний огляд осіб віком до 18 років перед щепленням або туберкуліно-діагностикою складається із:

«Отримання Інформованої згоди та оцінки стану здоров'я особи або дитини одним із батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкуліно-діагностики, затвердженої наказом МОЗ України від 31.12.2009 № 1086, зареєстрованої у Міністерстві юстиції України 02.08.2010 за № 594/17889 (форма № 063-2/о)».

Медичні протипоказання до щеплень кожній особі встановлюються комісією з питань щеплень (далі — комісія з питань щеплень), створеною наказом по ЛПЗ, відповідно до Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень, затвердженого цим наказом.

Для вирішення складних та суперечних питань щодо протипоказань до проведення щеплень наказом управління охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій створюється комісія з питань щеплень при обласному, міському або республіканському ЛПЗ.³

Факт відмови від щеплень з позначкою про те, що медичним працівником надані роз'яснення про наслідки такої відмови, оформляється за формою № 063-2/о, підписується як громадянином (при щепленні неповнолітніх — батьками або іншими законними представниками, які їх замінюють), так і медичним працівником, про що повідомляється до територіальної СЕС⁴.

³ Наказ МОЗ № 595 від 16.09.2011 року.

⁴ Наказ МОЗ № 595 від 16.09.2011 року.

2 Судовий захист права на вільний вибір методів лікування

ОСОБА_1 звернулася з адміністративним позовом про визнання нечинним та скасування нормативного акту індивідуальної дії посадової особи до Первомайського міського суду Луганської області. 23 березня 2012 року ОСОБА_1 отримала наказ завідувача ДНЗ ясла-садок «Сонечко» ОСОБА_3 (надалі — Відповідач-2) № 39 від 22.03.2012 року про відсторонення від відвідування ДНЗ «Сонечко» її малолітнього сина ОСОБА_4 з 23.03.2012 р., інтереси якого вона представляє у відповідності до вимог п. 4 ст. 56 кодексу адміністративного судочинства України. Наказ виданий на підставі «Подання про відсторонення від роботи або іншої діяльності» (у подальшому Подання) головного державного санітарного лікаря м. Первомайська Єршової О. В. (далі — Відповідач) № 23 від 13 березня 2012 р. про відсторонення від відвідування д/к «Сонечко» малолітньої дитини ОСОБА_4, не щепленого проти туберкульозу, з 19.03.2012 р. — до проведення щеплень проти туберкульозу.

16 травня 2012 року Первомайський міський суд Луганської області постановив: Адміністративний позов ОСОБА_1 до Головного державного санітарного лікаря міста Первомайська Єршової Олени Василівни про визнання нечинним та скасування нормативного акту індивідуальної дії посадової особи задовольнити частково. Визнати нечинним подання головного державного санітарного лікаря міста Первомайська Луганської області Єршової Олени Василівни № 23 від 13.03.2012 року про відсторонення від відвідування ДНЗ «Сонечко» ОСОБА_4 ІНФОРМАЦІЯ_1⁵.

⁵ з Постановою суду та мотивувальною частиною можна ознайомитись <http://reyestr.court.gov.ua/Review/24430897?Liga=True>

3 Факт невиконання управліннями освіти і науки обласних державних адміністрацій роз'яснень, розпоряджень та інших відомчих інструкцій

За рік до адміністративного позову, який було наведено у попередньому розділі, а саме 25 травня 2011 року (за рік до прийняття вищенаведеної постанови Первомайським міським судом Луганської області) Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України⁶ розіслало листа до Міністерства освіти і науки Автономної Республіки Крим, управління освіти і науки обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій «Про дотримання порядку прийому дитини до дошкільного навчального закладу», в якому зазначається:

«Відмова керівника дошкільного навчального закладу у прийнятті дитини до закладу без відповідних профілактичних щеплень суперечить діючому законодавству України. За наявності відповідних медичних довідок встановленого зразка із висновком лікаря, у якому зазначено, що дитина може відвідувати дошкільний навчальний заклад, керівник закладу зобов'язаний прийняти дитину до закладу».

Щодо законодавства:

У наказі МОЗ України № 434 від 29.11.02 «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні» про підготовку дітей на педіатричній дільниці до відвідування дошкільного та загальноосвітнього шкільного навчального закладу йдеться:

- Питання про відвідування дошкільного навчального закладу дітьми, батьки яких відмовляються від щеплень, вирішується лікарсько-консультативною комісією.
- Питання відвідування загальноосвітнього навчального закладу дітьми, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, вирішується індивідуально за рішенням лікарсько-

консультативної комісії із залученням епідеміолога територіальної санепідстанції згідно розділу III ст. 15 вимог Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб».

4 Рекомендації

• Міністерству охорони здоров'я

1. Вдосконалити науково-просвітню роботу щодо мети профілактичних щеплень.

2. Надавати статистичну інформацію щодо розповсюдження, виникнення захворювань, на які спрямовані профілактичні щеплення, зокрема, вести статистику захворювань у осіб, які зробили профілактичні щеплення та які не робили профілактичних щеплень.

3. Зробити таку статистичну інформацію загальнодоступною та розміщувати аналітичні статті провідних фахівців з цього приводу.

4. Вдосконалити нормативно-правову базу роботи лікарсько-консультативних комісій, які створюються згідно наказу МОЗ України № 434 від 29.11.02 року з метою прозорості прийняття рішень.

5. Із залученням незалежних — або закордонних — експертів проводити оцінку епідеміологічного стану в Україні та оцінку якості вакцин.

• Міністерству освіти і науки, молоді та спорту України

1. Довести до відома Міністерства освіти і науки Автономної Республіки Крим, управлінь освіти і науки обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій зміст листа Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 1/9-389 від 25.05.2011 «Про дотримання порядку прийому дитини до дошкільного навчального закладу» про те, що **відмова керівника дошкільного навчального закладу у прийнятті дитини до закладу без**

⁶ Лист № 1/9-389 від 25.05.2011

відповідних профілактичних щеплень суперечить діючому законодавству України, або прийняти новий підзаконний, відомчий, нормативно — правовий акт.

2. Встановити контроль за дотриманням чинного законодавства України щодо недопущення відмов керівників дошкільних навчальних закладів у прийнятті дитини до закладу без відповідних профілактичних щеплень.

3. Сумісно з МОЗ впроваджувати науково-просвітню роботу щодо мети профілактичних щеплень.

- *Громадським організаціям*

1. Документувати факти ймовірних реакцій або ускладнень, які виникли після профілактичних щеплень.

2. Вимагати від уряду України проведення незалежних експертних досліджень по кожному факту ймовірного порушення чинного законодавства відносно якості лікарських засобів, зокрема вакцин, умов їх зберігання та інших факторів, які призвели до ускладнень при проведенні профілактичних щеплень.

Наукове видання

**ПРАВА ЛЮДИНИ
В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я — 2012**

**Доповідь правозахисних організацій
про дотримання права на здоров'я
в Україні**

ISBN 617-587-098-3



Відповідальний за випуск *Андрій Роханський*
Редактор *Андрій Роханський*
Комп'ютерна верстка *Олег Мірошніченко*

Підписано до друку 19.04.2013
Формат 60×84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Myriad Pro
Друк офсетний. Умов. друк. арк. 8,63. Умов. фарб.-від. 9,38
Умов.-вид. арк. 8,83. Наклад 300 прим.

Видавництво «Права людини»
61112, Харків, вул. Р. Ейдемана, 10, кв. 37
Свідоцтво Державного комітету телебачення і радіомовлення України
серія ДК № 3065 від 19.12.2007 р.

Надруковано на обладнанні Харківської правозахисної групи
61002, Харків, вул. Іванова, 27, кв. 4
<http://khpg.org>
<http://library.khpg.org>